

**노인을 돌보는 가족돌봄자를
지원하는 서비스 사업 가이드**

한국건강가정진흥원

목 차

제1장	사업의 개요	5
	제1절 사업의 목적 및 필요성.....	7
	제2절 사업의 법적 근거.....	10
	제3절 사업의 내용.....	11
	제4절 사업의 운영추진 체계.....	14
제2장	노인을 돌보는 가족을 지원하는 서비스 구조	19
	제1절 노인을 돌보는 가족돌봄자 발굴 및 진단.....	21
	제2절 노인을 돌보는 가족돌봄자의 심리사회적 상태 평가.....	25
	제3절 노인을 돌보는 가족을 위한 서비스 제공방식과 서비스 영역.....	29
	제4절 운영원칙.....	40
제3장	노인을 돌보는 가족을 지원하는 해외사례	41
	제1절 가족돌봄자 심리지원 및 자기돌봄 서비스 운영 예시.....	43
	제2절 노인을 돌보는 가족의 역량강화를 위한 집단 프로그램 운영 예시	51
제4장	기대효과	59
	참고문헌	63

제1장

사업의 개요

제1절 사업의 목적 및 필요성

제2절 사업의 법적 근거

제3절 사업의 내용

제4절 사업의 운영추진 체계

제1장

사업의 개요

중노년기 가족은 노(老)-노(老) 돌봄 및 이중돌봄, 즉 자녀-부모 샌드위치 돌봄, 다수의 노인을 동시에 돌보는 중복돌봄의 상황에 봉착해 있다.

- 과거에 누군가를 돌본 사람
- 현재 누군가를 돌보는 사람
- 앞으로 누군가를 돌보게 될 사람
- 돌봄을 받는 사람

사실상 중노년기 모든 가족 구성원은 이 네 가지 유형 중 하나에 속한다는 점에서, 돌봄관련 역량(예: 돌봄에 관한 지식과 기술)은 중노년기 가족에서 요구되는 핵심능력이다.

제1절 사업의 목적 및 필요성

1. 사업의 목적

- 노인돌봄의 중요한 주체로서 가족돌봄자를 인식하고, 가족돌봄 지원사업을 통해 노인을 돌보고 있는 가족돌봄자를 지원한다.
- 노인을 돌보는 가족돌봄자에게 심리정서지원, 의사소통기술 교육 및 훈련, 돌봄 관련 역량을 강화할 수 있는 서비스를 지원함으로써 가족돌봄자가 경험하는 역할 부담을 완화한다.
- 노인을 돌보는 가족돌봄자가 돌봄상황이 종료된 이후, 일상으로 성공적으로 복귀할 수 있도록 예방적 차원의 서비스를 제공한다.

2. 사업의 배경 및 필요성

- 현재 한국의 노인돌봄체계는 국가(요양보험, 간병구조, 연금체계), 시장(간병인, 민간돌봄 도우미, 노인주거 시장), 지역사회(가족센터, 종합사회복지관, 노인복지관, 경로당), 그리고 가족으로 이루어진 ‘돌봄의 다이아몬드 구조’이다.
 - 국가나 시장, 지역사회의 돌봄지원이 부재하였던 과거에는 가족이 국가와 시장, 지역사회에서 수행하는 역할을 모두 부담하였다.
 - 재가요양서비스와 장기요양시설을 포함하는 공적 돌봄체계와 노인돌봄 관련 민간시장이 확대되면서, 이제는 가족을 포함한 돌봄의 네 주체가 함께 노인돌봄의 역할을 수행하고 있다. 이러한 돌봄의 다이아몬드 구조는 국가, 시장, 지역사회와 함께 가족이 노인돌봄에서 중요한 역할을 수행하고 있음을 시사한다.

돌봄의 다이아몬드 The Care Diamond

- 국가와 시장, 가족(가구)과 지역사회가 돌봄을 제공하는 기본적인 구조를 형성하고 실제로 노인에게 돌봄을 제공한다.
- 각 체계가 제공하는 돌봄의 유형과 재정적인 지원이 이 돌봄다이아몬드의 균형에 영향을 미친다.

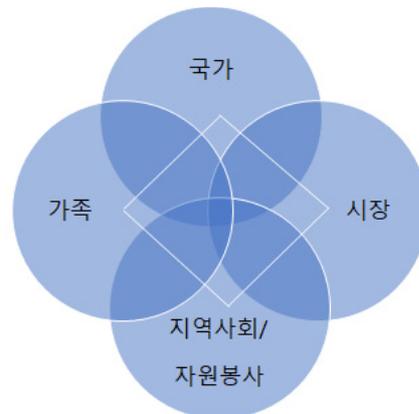


그림 1 | 돌봄의 다이아몬드 구조: 국가, 가족, 시장, 지역사회의 역할

- 가족센터는 이 돌봄의 다이아몬드 구조에서 노인과 가족, 가족과 다른 기관들을 연계하는 중간체계로써, 돌봄체계가 잘 운영될 수 있도록 모니터링하며 조정하는 역할을 수행할 수 있다.
 - 돌봄의 다이아몬드 구조의 4개 축인 국가, 시장, 지역사회, 가족은 각각 돌봄을 받는 노인을 중심으로 구성되어있다. 이때 노인과 가족, 가족과 지역사회, 가족과 시장, 가족과 국가를 이어주는 역할을 담당하는 체계가 부족한데, 지역사회

를 기반으로 운영되고 있는 가족센터는 전체 돌봄 체계에서 지역사회의 중요한 기관으로서 돌봄체계를 연결하는 윤활제 역할을 수행할 수 있다.

- 지역사회 내에서 중요 돌봄관련센터로서 가족센터는 가족돌봄자의 부담과 걱정을 경감시키는 한편, 그들의 돌봄역량을 증진시키는 역할을 수행할 수 있다.
 - 노인을 위한 장기요양보호가 이루어지더라도 가족돌봄자의 걱정, 불안, 그리고 심리정서적인 부담은 극적으로 해소되지 않는다. 따라서 변화하는 정책환경과 노인의 질병상황에 대처하기 위한 가족돌봄자의 역량강화(예: 지식과 기술 습득)가 필요하다. 그러나 가족돌봄자의 역량강화를 지원하는 기관은 현재 국가, 시장 어느 축에도 없으며, 이러한 역할을 만약 지역사회 내에서 공공기관이 수행해야 한다면, 그동안 다양한 가족의 역량강화를 지원해온 가족센터가 가장 적합하다고 할 수 있다.
 - 가족센터는 노인돌봄이 시작되는 초기 단계에서부터 생애 마지막을 준비하는 후기 단계에 이르기까지 전 과정에서, 가족돌봄자가 적절하게 노인의 일상을 지원하고, 가족단위에서 이루어지는 의사결정, 자원배분, 돌봄 전략 모니터링 등을 효과적으로 수행할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 가족센터는 가족돌봄자의 돌봄역량 증진을 지원할 뿐만 아니라, 가족돌봄자가 돌봄의 여정이 끝난 이후 그들이 일상으로 회복할 수 있도록 지원해야 한다.
 - 노인돌봄의 과정은 노년기 건강문제만이 아니라 가족의 경제적 어려움, 가족원 간 심리적 전이와 세대갈등, 노인학대 및 가정폭력 등 다양한 가족 문제와도 연결되어 있다. 가족센터는 가족에 대한 이해를 바탕으로 가족돌봄자를 위한 전문적인 서비스를 제공할 수 있는 지역사회 내에 있는 유일한 기관이다.
 - 노인돌봄은 가족 단위의 맥락에서 이루어지기 때문에 그동안 가족센터가 수행하는 상담, 교육 및 문화, 훈련/코칭, 정보제공과 연계 등의 서비스 전달방식은 중 노년기 가족의 돌봄문제에도 적용될 수 있다.

제2절 사업의 법적 근거

1. 건강가정기본법 제21조(가정에 대한 지원)
2. 건강가정기본법 제35조(건강가정지원센터의 설치)

건강가정기본법

제21조(가정에 대한 지원)

- ① 국가 및 지방자치단체는 가정이 원활한 기능을 수행하도록 지원하여야 한다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 지원하여야 할 사항은 다음 각호와 같다.
 1. 가족구성원의 정신적·신체적 건강지원
 2. 소득보장 등 경제생활의 안정
 3. 안정된 주거생활
 4. 태아검진 및 출산·양육의 지원
 5. 직장과 가정의 양립
 6. 음란물·유형가·폭력 등 위해환경으로부터의 보호
 7. 가정폭력으로부터의 보호
 8. 가정친화적 사회분위기의 조성
 9. 그 밖에 건강한 가정의 기능을 강화·지원할 수 있는 관련 사항
- ③ 국가 및 지방자치단체는 임신·출산·수유 및 육아와 관련된 모·부성권 보장을 위한 육아휴직 및 유급휴가 시책이 확산되도록 노력하여야 한다. <개정 2016. 5. 29.>
- ④ 국가 및 지방자치단체는 한부모가족, 노인단독가정, 장애인가정, 미혼모가정, 공동생활가정, 자활공동체 등 사회적 보호를 필요로 하는 가정에 대하여 적극적으로 지원하여야 한다.
- ⑤ 제2항 및 제4항의 규정에 의한 국가 및 지방자치단체의 지원에 관한 세부적 사항은 관계법률이 정하는 바에 의한다.

제35조(건강가정지원센터의 설치)

- ① 국가 및 지방자치단체는 가정문제의 예방·상담 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족 문화운동의 전개, 가정관련 정보 및 자료제공 등을 위하여 건강가정지원센터(이하 “센터”라 한다)를 설치·운영하여야 한다.
- ② 센터에는 건강가정사업을 수행하기 위하여 관련분야에 대한 학식과 경험을 가진 전문가(이하 “건강가정사”라 한다)를 두어야 한다.
- ③ 건강가정사는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 사람이어야 한다. <개정 2018. 1. 16.>
 1. 대학 또는 이와 동등 이상의 학교를 졸업할 것(법령에 따라 이와 같은 수준 이상의 학력이 있다고 인정되는 경우를 포함한다)
 2. 제1호에 따른 학력 취득과정이나 그 밖에 여성가족부장관이 인정하는 방법으로 사회복지학·가정학·여성학 등 여성가족부령으로 정하는 관련 교과목을 이수할 것
- ④ 센터의 조직·운영 및 건강가정사의 자격·직무에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ⑤ 센터의 운영은 여성가족부령이 정하는 바에 의하여 민간에 위탁할 수 있다. <개정 2005. 3. 24., 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>
- ⑥ 국가 및 지방자치단체는 센터의 설치·운영에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다. <신설 2020. 5. 19.>

제3절 사업의 내용

이 사업은 중노년기 가족을 중심으로, 노인을 돌보는 상황에 처한 가족돌봄자(이하 가족돌봄자)를 대상으로 한다. 이러한 가족돌봄자를 지원하는 사업은 대상자와 서비스 주체의 측면에서는 가족센터의 신규사업이나, 서비스 전달방식 및 사업영역의 측면에서는 기존 가족센터 사업의 연장선에 있다. 가족센터의 사업을 사례관리, 상담/심리정서지원, 교육/코칭, 자조집단 및 가족문화사업, 유관기관 연계의 다섯 가지 영역으로 구분해 본다면, 기존 가족센터 사업은 사업의 대상별로 상담, 교육(훈련 및 코칭), 사례관리, 정보제공과 문화, 그리고 사업 연계 역할을 수행해 왔다. 이번 노인을 돌보는 가족돌봄자를 위한 서비스는 큰 틀에서 이러한 기존 사업과 크게 다르지 않지만, 다만 대상자군이 중노년기 가족을 타겟으로 한다는 점이 특이점이다.

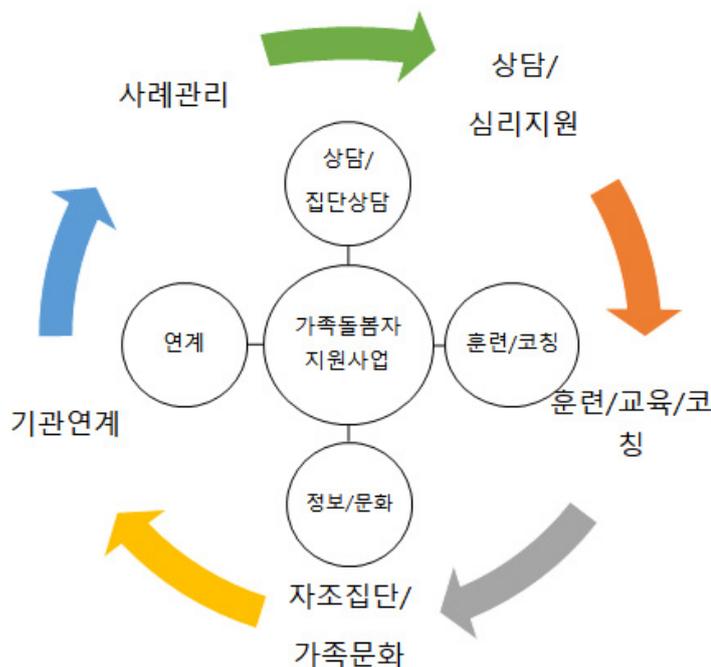


그림 2 | 가족돌봄자 지원사업의 영역

가족센터는 중노년기 가족돌봄자에게 특화된 진단 및 평가과정을 통하여 지원을 필요로 하는 가족돌봄자를 발굴할 수 있으며, 노인 개인에 대한 직접 서비스를 제공하고 있는 공

공/민간기관과는 구분되는 노인을 돌보는 가족돌봄자를 위한 서비스 영역/주제를 다룰 수 있다. 이 가이드에서는 다음과 같은 내용으로 구체적인 평가 방법(예: 진단도구)과 서비스 영역/주제를 제시하였다.

- 노인을 돌보는 가족돌봄자 발굴 및 전문적인 심리정서상태 진단 및 평가
 - 가족돌봄자가 처해 있는 돌봄의 상황 파악
 - 가족돌봄자가 돌보고 있는 노인의 상황에 대한 진단 및 평가
 - 가족돌봄자가 처한 심리정서 상태 이해
 - 가족이 가지고 있는 돌봄자원(예: 재정상황, 공적 돌봄서비스에 대한 접근성, 형제자매 상황, 배우자의 도움 여부)과 그 한계에 대한 이해
 - 가족돌봄자의 심리정서적 상태 진단 및 평가

- 사업대상(노인을 돌보는 가족돌봄자)의 범위
 - 노인과의 관계: 가족돌봄자에는 돌봄을 받는 노인의 배우자, 자녀(딸, 아들), 며느리, 사위, 형제자매, 기타 친인척(예: 사촌, 육촌), 손자녀 등이 포함
 - 가족돌봄자의 연령: 청년에서 노인까지 (청년돌봄자와 같이 미혼/비혼의 (손)자녀가 (조)부모를 돌보는 경우도 해당하며 배우자 돌봄도 해당)
 - 주돌봄자와 부돌봄자: 주돌봄자는 노인의 돌봄상황을 가장 잘 알고 있는 가족돌봄자이고, 부돌봄자는 가족돌봄자 외에 친구, 이웃과 같이 노인돌봄을 옆에서 도와주고 도구적 지원을 하는 돌봄자이며. 이 사업은 주돌봄자와 부돌봄자 모두 참여 가능함.
 - ※ 소득수준이나 사회보장 급여수준, 돌봄을 받는 노인의 노인장기요양등급과는 별개로, 노인 돌봄에 관여하고 있거나 관심이 있는 가족돌봄자는 누구나 참여가능

- 노인을 돌보는 가족돌봄자를 대상으로 하는 다양한 영역과 주제를 다루는 서비스 안을 기획
 - 노년기 가족돌봄과 관련된 19가지 영역 및 주제(예: 노인-가족돌봄자 의사소통

전략 및 지원, 가족돌봄자 대처행동 지원, 사고 및 긴급상황 대처방법, 미래돌봄 계획, 죽음과 사별 준비 및 지원)를 다루는 사업을 기획

- 해당 주제를 상담 및 심리지원과 같은 직접서비스 제공, 집합교육 및 훈련과 코칭, 교육 및 정보제공, 연계(예: 전문가 초빙, 전문기관과의 연계) 등의 다양한 방식을 활용하여 전달

제4절 사업의 운영추진 체계

1. 사업의 운영추진 체계.

사업의 전체 운영추진 체계는 다음 [그림 3]과 같다.

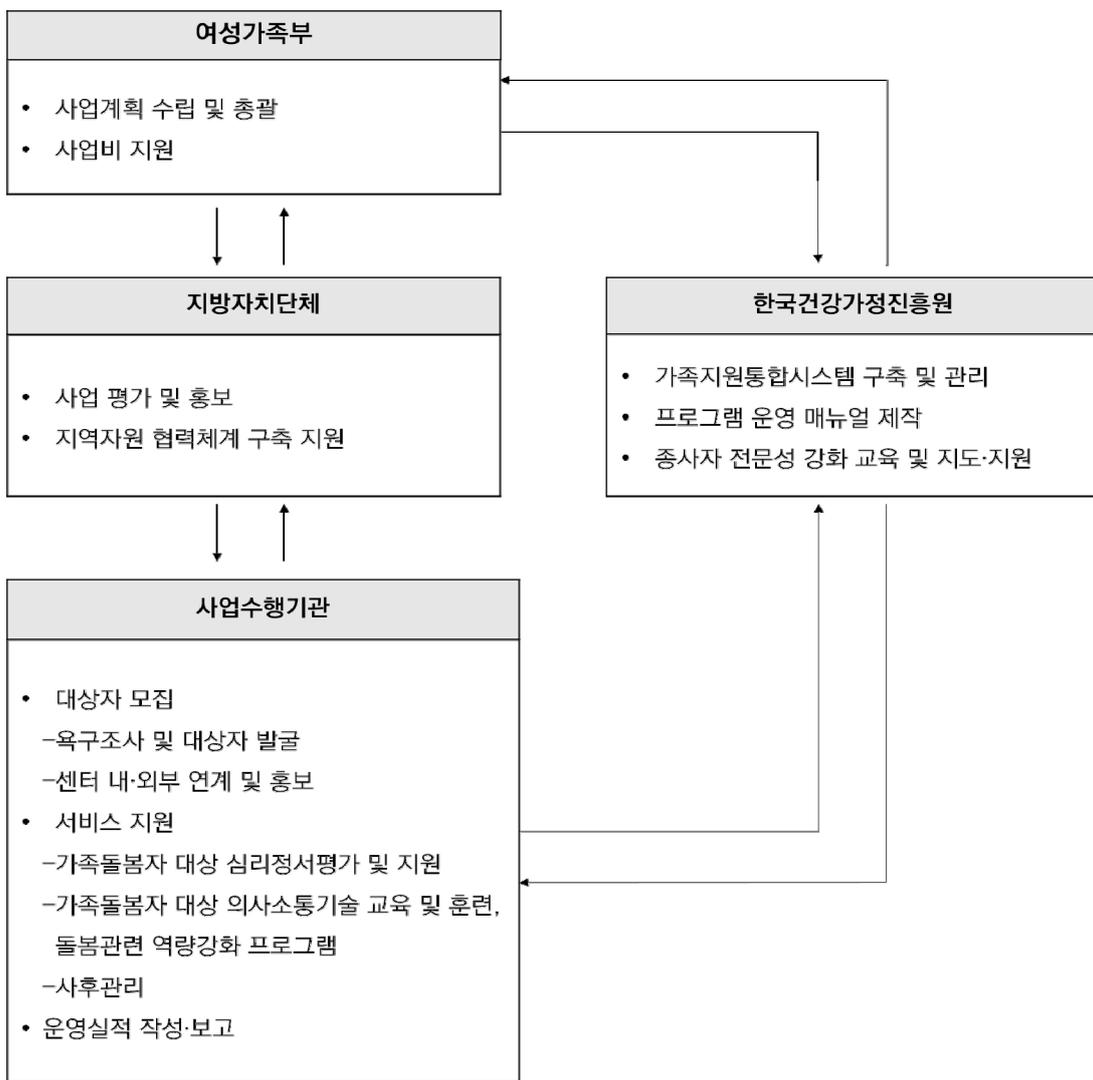


그림 3 | 노인을 돌보는 가족돌봄자 대상 돌봄지원서비스 운영추진 체계¹⁾

1) 출처: 여성가족부, 2023년 가족사업안내 (1), p.105, 2023.1. 일부 재구성.

2. 사업수행기관의 운영추진 절차 및 체계

사업수행기관의 운영추진 절차를 살펴보면 다음과 같다. 한국건강가정진흥원 및 광역센터는 가족돌봄자를 위한 통합시스템을 개발하고, 노인 관련 유관기관과 협약하며, 전문성을 강화할 수 있는 교육을 진행한다. 이를 토대로 개별 지역센터에서는 다음과 같이 사업 운영을 추진할 수 있다.

가. 계획수립

지역별 노인을 돌보는 가족돌봄자 대상발굴을 통해 사업운영계획을 수립한다.

나. 홍보 및 대상자 발굴

지역 내 유관기관(예: 치매안심센터, 종합사회복지관)과의 연계 및 기타 다양한 홍보 매체(예: 지역별 가족센터 홈페이지, 지역신문)를 활용하여 대상자를 발굴한다.

다. 노인을 돌보는 가족돌봄자 대상 심리정서상태 평가

노인을 돌보는 가족돌봄자가 경험하는 심리·정서·사회적 스트레스 정도를 평가하고, 돌봄과 관련하여 어떠한 필요가 있는지 파악한다.

라. 노인을 돌보는 가족돌봄자 대상 다양한 영역의 개별 서비스 제공

노인을 돌보는 가족돌봄자의 욕구를 파악하고, 다양한 서비스 영역(예: 노인-가족돌봄자 의사소통 전략 및 지원, 가족돌봄자 대처행동 지원, 사고 및 긴급상황 대처방법, 미래돌봄계획, 죽음과 사별 준비 및 지원) 중 개별 필요에 따라 적합한 서비스를 제공한다. 또한, 필요시에는 외부 전문가를 초빙하거나 전문기관과 연계한다.

마. 사후관리, 사례관리, 자조집단 지원

가족돌봄자 대상 서비스 종료 후, 이용자의 동의하에 결과를 모니터링한다.

바. 실적관리

사업실적 관리 및 이용자별 서비스 이용 내역 등을 관리한다.

이를 바탕으로 사업수행기관의 운영추진 체계를 살펴보면 다음 [그림 4]와 같다.

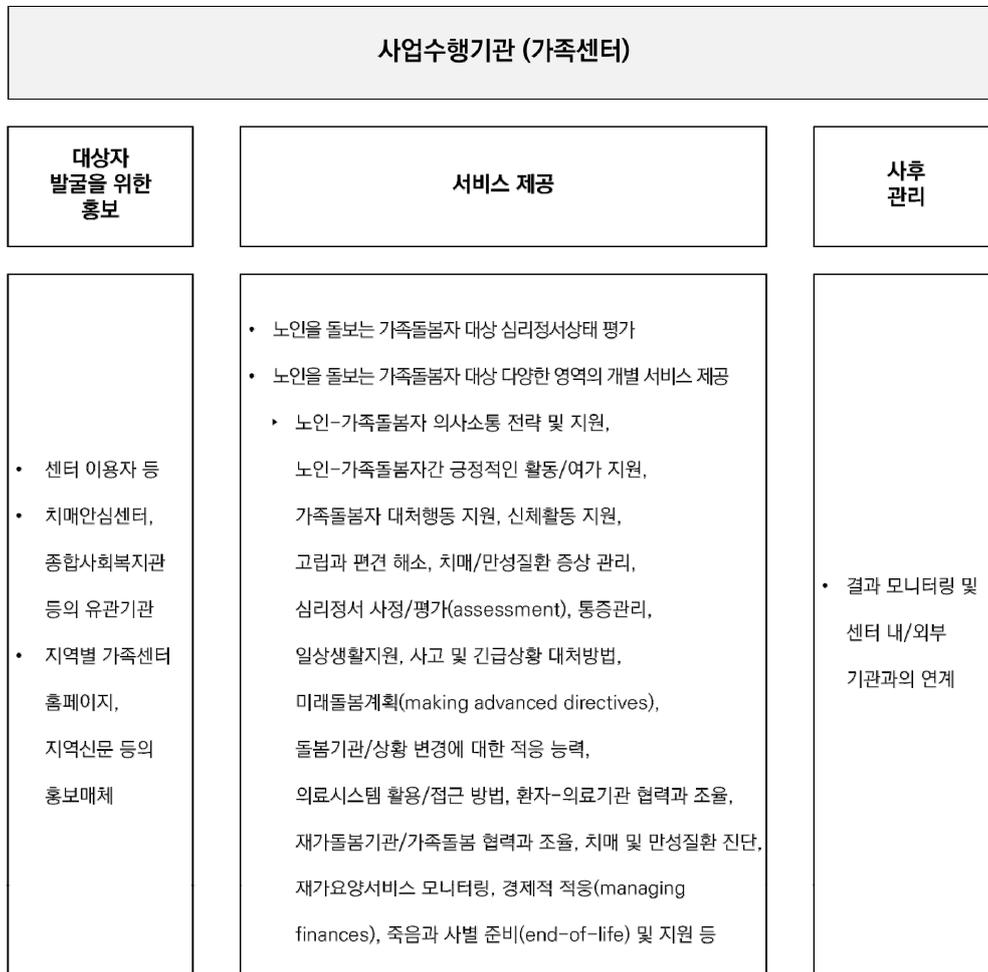


그림 4 | 사업수행기관의 운영 추진 체계

3. 가족센터 종사자의 역할

가족센터의 종사자는 이 사업에서 기획자, 사례관리자, 코디네이터, 가족돌봄 옹호자, 후속관리자 등의 역할을 수행할 수 있다.

○ 기획자

지역사회 내에 있는 요양기관, 종합사회복지관, 노인복지관 등 유관기관과 연계하여

노인을 돌보는 가족돌봄자의 다양한 사례와 욕구를 파악한다. 또한, 돌봄을 받는 노인의 삶의 질 향상을 위해 가족돌봄자들에게 어떠한 전문지식과 기술, 정서적 지원이 필요한지 파악하여 가족돌봄자를 지원하는 사업을 기획한다.

○ 사례관리자

내담자(의뢰, 발굴, 자발적 신청)의 현재 돌봄상황을 파악하는 다양한 질문을 통해 초기면접지를 작성하고, 이들의 심리정서적 상황을 파악한다. 필요한 경우 전문상담가에게 의뢰하거나, 초기 상담을 진행할 수 있다.

○ 코디네이터: 서비스 조율과 연계

가족돌봄자를 지원하는 서비스안을 기획하여 각 서비스를 센터 내에서 직접제공, 교육과 훈련을 제공할 수 있는 강사나 전문가를 초빙, 혹은 외부기관과 연계하여 서비스를 제공한다.

※ 가족돌봄자를 지원하는 서비스의 구체적인 서비스 영역과 주제는 내담자들의 욕구를 반영하여 구성한다.

※ 중노년기 가족에 대한 이해도를 바탕으로 서비스를 제공할 수 있는 전문가를 섭외하고 이들의 서비스 과정을 모니터링한다.

○ 가족돌봄자 옹호자

가족센터 종사자는 노인을 돌보는 가족돌봄자의 옹호자 및 지지자로서 지역사회 내에서 새로운 지원서비스를 제안하고, 노인돌봄 수혜자와 가족돌봄자를 지원하는 문화행사, 캠페인 등의 지원활동을 수행한다.

○ 후속관리자

노인의 병증 진행과정을 모니터링하고, 추후 발생하는 가족돌봄자 역할 변화에 적절한 맞춤형 서비스를 기획하고 제안한다.

4. 가족센터 종사자 및 사업 관리/진행자 요건

- 사회복지사 2급 이상 소지자(사회복지사 3급 이상이면서 현장경험 3년 이상) 중노년기 발달이해, 노인복지론, 노년학 등 교과목 수강자 우대, 관련 워크숍이나 보수교육을 받은 경우 우대
- 의사/간호사 자격소지자이면서 중노년기 발달, 노년학, 노인생리학, 운동재활, 가족복지론 관련 워크숍이나 보수교육을 받은 경우 우대
- 가족상담사/가족치료사/심리상담 전문자격증(2급 이상) 소지자이면서 중노년기 발달이해, 노인과 세대관계, 치매관리, 의료사회사업 등 관련 워크숍이나 보수교육을 받은 경우 우대

제2장

노인을 돌보는 가족을 지원하는 서비스 구조

제1절 노인을 돌보는 가족돌봄자 발굴 및 진단

제2절 노인을 돌보는 가족돌봄자의 심리사회적 상태 평가

제3절 노인을 돌보는 가족을 위한 서비스 제공방식과 서비스 영역

제4절 운영원칙

제2장

노인을 돌보는 가족을 지원하는 사업의 구조

제1절 노인을 돌보는 가족돌봄자 발굴 및 진단

- 가족센터가 노년기 가족돌봄 영역에서 수행할 수 있는 중요한 역할 중 하나가 바로 노인-가족돌봄자의 돌봄상황을 파악하고 진단하는 일이다.
- 노인을 돌보는 가족돌봄자는 그 유형이 다양할 수 있는데, 노인이 겪는 질환의 종류와 심각성에 따라 일상생활수행능력이 다르므로, 가족돌봄자들이 수행하는 역할과 기능도 달라진다.
- 가족돌봄자를 지원하는 서비스는 보편적 제도에 해당되며, 노인을 돌보는 가족돌봄자는 소득제한이나 관계제한 없이 이 서비스의 대상자가 될 수 있다.
- 가족센터 종사자는 가족돌봄자에 대한 진단을 통해 현재 가족돌봄자가 단발적 돌봄단계에 있는지, 혹은 일상생활돌봄의 확대와 재조정 단계에 있는지 파악함으로써 가족돌봄자의 상황을 고려한 맞춤형 서비스를 제공할 수 있다.
- Schulz 외(2020)가 제시한 돌봄과정의 흐름도(그림 5) 참조)는 노인의 질병 진행 과정에 따라, 노인을 돌보는 가족돌봄자의 역할이 어떻게 변화하는지, 그리고 이때 가족돌봄자의 건강에 어떤 부정적인 결과가 초래되는지 보여준다.

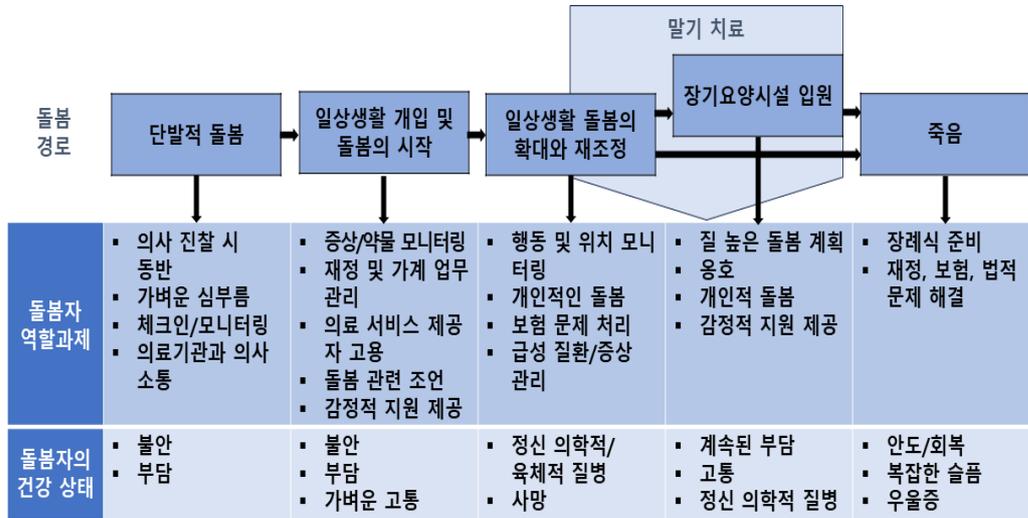


그림 5 | 돌봄의 경로와 가족돌봄자 역할 변화 (Schulz et al., 2020에서 재인용)

1. 단발적 돌봄 단계

노인이 정기적으로 병원을 방문하거나 복용하는 약을 통해 증상을 관리하는 단계이다. 이때 가족돌봄자는 의료기관에 방문을 예약하고, 때로는 “(환자)보호자”의 자격으로 노인(환자)과 함께 병원에 방문하여, 병증에 대한 의사의 소견, 병증 진행과정 등을 듣게 된다. 일상생활에서 지속적인 수발이 필요하진 않지만, 가족돌봄자는 항상 노인의 상황을 살피고, 노인의 건강상태를 확인하고, 가벼운 심부름(예: 인터넷으로 물건 주문)을 수행하거나, 노인의 변화하는 심리정서상태를 직면하게 된다.

2. 일상생활 개입 및 돌봄의 시작

단발적 돌봄이 한 달에 몇 번 정도의 빈도로 이루어진다면, 일상적인 개입의 시작은 일주일 단위로 가족돌봄자의 방문이 이루어지거나 수시로 노인의 상태 체크가 들어가는 단계이다. 보통 이 단계에서는 가족돌봄자 외에도 돌봄관리자나 요양보호사의 정기적 도움을 받게 된다. 따라서 단발적 관리에 비하여, 더 자주 노인의 변화상태에 신경을 기울여야 하고, 요양보호사, 의료진과 소통하고 관리하는 등의 업무가 더 부과된다. 한편, 이 시기에는 노인이 자신의 병증

에 대해 갖는 불안도 증폭되어, 가족돌봄자에게 심리적 부담이 가중될 수 있다. 따라서 가족돌봄자에 대한 정서적 지원이 필요하다.

3. 일상생활 돌봄의 확대와 재조정

이 단계는 돌봄의 말기 단계로 접어드는 시기로, 노인의 병증이 더 심해져서 일상생활에서 필요한 기능이 심각하게 저하된 상태가 된다. 이 시기가 되면 가족돌봄자는 기존의 돌봄상황을 대폭 재조정하게 된다. 특히, 가족돌봄자보다는 전문적인 돌봄인력의 도움을 필요로 하게 된다. 또한 단발적, 일상적 돌봄 기간이 길었다면, 이 도움의 확대와 재조정의 시기에는 가족돌봄자가 극심한 신체적·심리적 소진을 겪을 수 있다. 따라서 가족돌봄자에 대한 다각적인 지원서비스가 필요하다.

4. 장기요양시설/병원 입소

노인을 더 이상 자택에서 돌볼 수 없는 심각한 상황이 오면, 가족들은 장기요양시설에 입소를 결정하거나 단기요양을 통해 재가돌봄과 시설돌봄을 병행하게 된다. 시설입소가 이루어지면 가족돌봄자는 일상적인 수발의 부담을 덜 수 있지만, 여러 돌봄상황을 관리하는 업무는 계속된다. 또한 입소한 노인의 심리정서상태를 살피고, 노인의 입장과 상황을 옹호, 대변하는 역할을 수행하기 때문에 시설관계자와 갈등을 겪기도 한다. 따라서 이러한 가족돌봄자에 대한 심리정서 지원, 코칭, 관리역량 증진이 필요하다.

5. 죽음

돌봄의 마지막 단계에서 가족돌봄자는 노인의 생애 마지막을 정리하는 작업을 맡게 된다. 특히 노인의 죽음을 맞이하는 가족돌봄자는 돌봄이 끝났다는 안도감과 함께 죄책감, 우울, 불안 등으로 자신의 일상으로 회복하는 과정에서 어려움을 겪을 수 있다.

이러한 가족돌봄자의 돌봄상황을 단계적으로 파악할 때 중요하게 고려해야 할 몇 가지 사항이 있다. 첫 번째는 노인과의 관계이다. 가족돌봄자가 노인의 배우자인지 자녀인지에 따라 단

계별로 가족돌봄자가 겪는 어려움의 종류와 강도는 다를 수 있다. 또한, 노인과 친밀한 관계일 수록, 쇠약해져 가는 노인의 상태를 이해하고 감내해야 하는 가족돌봄자의 심리적 부담은 더 커진다.

두 번째는 가족돌봄자와 돌봄을 받는 노인의 동거 여부이다. 가족돌봄자가 동거한 상태에서 돌보는지 혹은 분가한 상태에서 돌보는지에 따라서도 가족돌봄자가 겪는 단계별 부정적 경험의 강도는 상이할 수 있다.

세 번째는 가족돌봄자의 취업여부이다. 가족돌봄자가 유급노동을 하면서 노인을 돌보는 경우, 가족돌봄자의 단계별 경험에 덧붙여서 일(직장)-삶(돌봄)의 균형 부분까지도 고려할 필요가 있다.

따라서 위에 [그림 5]에서 제시한 돌봄의 과정을 진단하면서 가족돌봄자가 노인과 맺고 있는 관계, 동거 여부(동거/비동거), 가족돌봄자의 취업 여부(미취업/취업) 별로 돌봄경험이 상이할 수 있다는 점을 고려할 필요가 있다.

제2절 노인을 돌보는 가족돌봄자의 심리사회적 상태 평가

가족돌봄자를 지원하는 서비스가 목표한 효과를 가져오기 위해서는 위에서 살펴본 가족돌봄자 역할전이의 과정을 파악해야 한다. 또한, 가족돌봄자가 어떠한 심리·정서·사회적 스트레스 및 자원을 지니고 있는지 평가하고, 가족돌봄자에게 어떤 욕구가 있는지 파악하는 것이 필요하다. 이에 다음과 같은 질문과 사정도구는 가족센터에서 노인의 돌봄욕구와 현재 가족돌봄자의 상황을 평가하는 데 유용할 수 있다. 여기에서는 단계별로 유용한 질문들을 나열해 보았다.

1. 1차적 돌봄요구(primary care demands)

돌보고 있는 노인가족원의 상태와 직접적으로 관련된 내용을 담고 있다. 앞서 살펴본 돌봄의 과정에서 나타난 단계를 조금 더 정확하게 파악할 수 있는 부가적 질문이기도 하다. 질문의 요지는 노인의 상태를 알아봄으로써 현재 가족돌봄자들이 얼마나 돌봄을 제공하고 있고, 돌봄상황/요구가 얼마나 심각한지에 대해 평가하는 것이다.

구체적으로 (a) 노인가족원이 얼마나 일상생활 기능수행에서 도움을 필요로 하는지, (b) 하루에 몇 시간이나 돌봄을 제공하는지, (c) 치매를 겪고 있는 노인 가족원의 경우, 치매로 인한 심리행동증상을 얼마나 자주 보이는지, (d) 그러한 심리행동증상으로 인하여 얼마나 스트레스를 경험하는지를 포함한다.

증상에 따른 돌봄요구의 차이

- 당뇨와 같은 만성질환을 앓고 있는 노인가족원의 경우 식단 및 운동을 관리하거나 병원진료 예약 등을 돕는 정도의 돌봄을 필요로 함.
- 뇌혈관 질환으로 인한 마비증상을 겪고 있는 노인의 경우, 식사, 배변, 이동 등의 기본적인 일상생활에서의 도움을 필요로 함.

질문목록

- 돌봄대상자가 도구적 일상생활기능(예: 장보기, 집안 청소)과 기본적 일상생활기능(예: 옷입기, 식사, 배변)에서 다른 사람의 도움을 얼마나 필요로 하는지?
- 돌봄자가 하루에 몇 시간이나 집에 있는지?
- 돌봄자가 하루에 몇 시간이나 노인가족원 돌봄에 사용하는지?
- 지난 주간 동안, 돌봄대상자가 심리행동증상(예: 공격행동, 불안, 배회)을 얼마나 자주 보였는지?
- 지난 주간 동안, 돌봄대상자가 보인 심리행동증상(예: 공격행동, 불안, 배회)으로 인하여 얼마나 스트레스를 받았는지?

2. 2차적 위험요인(secondary risks)

가족돌봄자가 겪고 있는 다층적인 경험을 전반적으로 파악하는 내용을 담고 있다. 이는 가족돌봄자가 처한 돌봄 상황에 대해 보다 구체적으로 진단하기 위해 필요하다. 질문영역에는 돌봄으로 인하여 삶의 다른 영역들이 어떻게 영향을 받고 있는지를 포함하는데, 이는 돌봄수행을 저해하는 요인이 되기도 하지만, 돌봄을 수월하게 하는 심리사회적 자원이 되기도 한다. 특히, 가족돌봄자들은 다른 가족원들과의 관계를 유지하거나 소통하는 것에서 어려움을 토로하기 때문에, 이러한 기초정보를 파악할 수 있는 내용도 담고 있다.

질문목록

- 돌봄대상자와의 관계에서 갈등과 어려움을 얼마나 자주 경험하는지?
- 돌봄대상자와의 관계에서 얼마나 변화와 상실감을 느끼는지?
- 돌봄과 관련하여 일반적으로 한 주에 가족이나 지인으로부터 받는 도움의 빈도는?
- 돌봄과 관련하여 가족이나 지인으로부터 받는 도움의 빈도에 대하여 만족하는지?
- 주변 사람들이 본인의 상황을 잘 이해하고 있는지, 주변에 힘이 되는 사람이 있는지?
- 돌봄과 관련하여 가족원들 간에 갈등 및 불일치가 얼마나 존재하는지?
- 건강에 도움이 되거나(예: 충분한 수면) 위대한 행동(예: 과도한 음주)을 얼마나 자주 하는지?
- 사회, 문화, 여가 활동에 얼마나 많은 시간을 사용하고 있는지?

3. 공식적인 돌봄서비스 사용 (formal service use)

가족돌봄자들이 활용하고 있는 공식적인 유급 돌봄서비스에 대한 평가 또한 필요하다. 공식적인 돌봄서비스 활용에 대한 평가를 통하여, 접근가능한 지역 사회 내 돌봄자원과 연계하여 가족돌봄자의 부담을 효과적으로 경감하는 전략을 수립할 수 있다. 여기에서 말하는 공식적인 돌봄서비스란 유급의 돌봄서비스를 지칭하는데 노인장기요양보험에서 제공하는 재가 및 시설서비스, 사적인 간병인 및 가사도우미 서비스 등 모든 종류의 유급 돌봄서비스를 의미한다.

질문목록

- 공식적인 돌봄서비스 및 돌봄 관련 서비스를 이용하는 빈도는?
- 이용한 공식적인 돌봄서비스에 대하여 만족하는지?
- 돌봄과 관련하여 소요되는 비용은 감당할 만한 수준인지?

4. 돌봄 관련 심리정서(care-specific well-being)

가족돌봄자가 현재 노인돌봄상황에 대해 어떻게 평가하고 인식하는지 알아보기 위한 내용의 질문이다. 질문영역에는 돌봄에 대하여 얼마나 부담을 느끼는지 등의 부정적인 상태 뿐만 아니라, 돌봄역할 수행으로 얻게 된 긍정적인 보상에 대한 인식도 포함한다. 가족돌봄자의 정신건강을 모니터링하는 과정으로, 노인을 돌보는 심리적 어려움으로 인한 가족 동반자살과 같은 극단적인 사건을 예방할 수 있다는 점에서 매우 중요하다.

질문목록

- 돌봄으로 인한 심리적, 신체적, 사회경제적 부담
- 돌봄역할이 과중하여 심리적, 신체적으로 지치고, 소진되었다고 느낀 정도
- 돌봄역할에 갇혀 버린 듯 느끼거나, 억지로 돌봄을 수행하고 있다고 느낀 정도
- 돌봄역할을 수행하면서 얻게 된 긍정적 보상 및 변화의 정도

5. 일반적 심리정서(general well-being)

돌봄으로 인한 심리적 부담 외에 우울과 분노와 같은 일반적 심리건강에 관련된 영역을 평가함으로써, 특별히 취약한 가족돌봄자를 선별 및 파악할 필요가 있다. 이를 위해 가족 센터에서 우울증상, 분노, 긍정정서, 주관적 신체건강 척도 등을 활용할 수 있다.

질문목록	평가 척도
- 지난 2주 동안 우울증상을 얼마나 자주 느꼈는지	1. 우울증상 ²⁾ (PHQ-9)
- 지난 2주 동안 분노증상을 얼마나 자주 느꼈는지	2. 분노 ³⁾ (HSC)
- 지난 2주 동안 긍정적 정서를 얼마나 자주 느꼈는지	3. 긍정정서 ⁴⁾ (Positive affect)
- 본인이 인식한 건강수준, 자신의 건강에 대한 부정적인 인식, 건강 때문에 일상생활이 얼마나 지장을 받는지 정도	4. 주관적 신체건강 ⁵⁾ (Subjective health)

2) Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validity and utility of a self-report version of PRIMEMD: The PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

3) Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L., & Rickles, K. (1971). Neurotic symptom dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 24(5), 454-464. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1971.01750110066011>

4) Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L., & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The dementia quality of life instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25-35. <https://doi.org/10.1093/geront/39.1.25>

5) Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.

제3절 노인을 돌보는 가족을 위한 서비스 제공방식과 서비스 영역

- 가족돌봄자를 위한 서비스 영역은 다음의 19개 영역 및 주제로 구분해볼 수 있다. 각 가족센터는 19개의 서비스 영역 중 가장 적합한 내용들을 선택하여 지원서비스 사업을 구성할 수 있다.
- 각각의 영역은 돌봄의 상황에서 노인돌봄수혜자 및 가족돌봄자의 욕구가 담겨 있으며, 가족돌봄자들이 노인돌봄 과정에서 직면하는 역할변화의 내용과 연결된다.
- 가족돌봄자를 위한 서비스 제공방식은 직접서비스에 해당하는 상담/심리정서지원, 교육/훈련/코칭, 정보제공, 그리고 외부기관과의 연계를 통한 방식으로 구분된다.
- <표 1>에서 제시한 19개의 가족돌봄자를 지원하는 서비스 영역은 지금까지 국외에서 시행된 다양한 가족돌봄자를 위한 서비스에서 응용하고 활용했던 영역을 조사한 내용이다. 즉, 다양한 가족돌봄자 서비스 지원 프로그램에서 다른 영역을 종합하여 기술하였다.
- 가족센터 종사자는 이 19개의 서비스 영역과 4개의 서비스 제공방식을 조합하여 가족돌봄자의 특성에 맞는 맞춤형 서비스를 설계할 수 있다.

표 1 | 가족돌봄자를 위한 서비스 영역과 서비스 제공방식 요약표

서비스 영역	서비스 제공방식			
	서비스 제공	교육/훈련/코칭	정보 제공	연계
노인-가족돌봄자간 의사소통 전략 및 지원				
노인-가족돌봄자간 긍정적인 활동/여가 지원				
가족돌봄자 대처행동 지원				
신체활동 지원				
고립과 편견 해소				
치매/만성질환 증상 관리				
심리정서 사정/평가				
통증관리				
일상생활 지원				
사고 및 긴급상황 대처방법				
미래돌봄계획				
돌봄상황/기관 변화 적응				
의료시스템 활용/접근 방법				
환자-의료기관 관계 조율				
재가돌봄기관/가족돌봄 협력과 조율				
치매/만성질환 진단				
요양서비스 모니터링				
재정관리				
죽음과 사별 준비 및 지원				

○ 구체적인 활용예시는 제3장에 소개한 프로그램 내용과 같다. 아래에서는 19개 서비스 영역과 주제를 상세하게 기술하였다.

1. 노인-가족돌봄자간 의사소통 전략 및 지원

노인을 돌보는 가족돌봄자는 질환/질병을 겪고 있는 노인의 감정도 살펴야 하고, 다른 가족과의 관계에서 역할을 조율해야 하며, 그러한 와중에 자신의 감정도 조절해야 하는 다중역할을 수행하게 된다. 따라서 가족돌봄자들은 자신이 돌보는 노인, 노인 돌봄에 참여하

는 가족, 그리고 가족돌봄자의 원가족과 효과적으로 소통하는 기술을 익히는 것이 필요하다. 구체적으로 의사소통 관련 영역에서는 노인-가족돌봄자 간의 언어/비언어적인 소통 방법, 노인-가족돌봄자 간의 관계를 향상·회복시키기 위한 소통법, 돌봄방식과 증상을 이해하고, 이해시키는 대화법, 그리고 가족돌봄자가 돌봄상황에서 만나는 다양한 타자들(예: 형제자매, 배우자, 자녀, 요양보호사, 의료진)과 효과적으로 소통하는 법을 알려준다. 특히, 청각 및 시각장애, 인지기능 장애를 겪는 노인을 돌보아야 하는 경우, 언어적 소통뿐 아니라 비언어적인 소통법을 개발하고, 효과적으로 수행하는 기술을 익힐 필요가 있다. 만성질환이나 신체기능 장애를 겪고 있는 환자를 돌보고 있는 경우, 통증이나 증상을 명확하게 드러낼 수 있는 대화법 및 소통법을 익히는 것이 응급상황을 예방하는 데 필수적이다.

2. 노인-가족돌봄자간 긍정적인 활동/여가 지원

노인을 돌보는 가족돌봄자들이 토로하는 어려움 중 가장 빈번하게 등장하는 어려움은 바로 ‘혼자서 돌본다는 것’과 ‘하루 24시간, 주 7일을 의미 있게 채우는 활동이 없다는 것’이다. 특히 자신이 돌보는 노인이 일상생활을 수행하는 속도에 맞추어 가족돌봄자의 시간을 조율(synchronizing)할 때, 그 속에서 돌봄자가 의미를 찾아내는 작업이 필요하다. 예를 들어, 가족돌봄자들은 하루 종일 돌봄을 수행하고 있으나, 가족돌봄자가 수행하는 활동의 대부분은 가사노동과 돌봄노동의 반복이기 때문에 가족돌봄자들은 실질적으로 자신이 돌보는 노인의 증상을 호전시키거나 유지하기 위하여 어떤 역할을 할 수 있는지 궁급해한다. 이러한 요구를 반영하여, 노인과 가족돌봄자가 함께 즐길 수 있는 여가 활동을 알려주거나, 집 안에서 간단한 도구를 제작하여 신체활동을 돕는 체조나 신체활동 촉진 게임법을 제안하고 실천하는 과제를 줄 수 있다. 한편, 이들이 사회와 통합될 수 있도록 함께하는 활동이나 레크리에이션을 제공하거나, 자조집단 및 취미집단을 구성할 수 있다. 또한 경증 치매노인, 외출 및 거동이 가능한 노인의 경우, 가족돌봄자와 함께 문화활동 참여(예: 공연, 영화관 관람) 프로그램을 구성할 수도 있다.

3. 가족돌봄자 대처행동 지원

가족돌봄자의 대처행동 지원은 가족돌봄자의 돌봄스트레스 완화를 위한 전략이다. 대체로 스트레스 이론에 기반을 두고, 가족돌봄자의 심리적 스트레스를 낮출 수 있는 기법들이 동원된다. 이 영역은 가족돌봄자의 심리정서적인 사정/평가, 스트레스 상황에 대한 인지와 재해석, 가족돌봄자의 대처기술 증진을 포함한다. 즉, 가족돌봄자들이 호소하는 우울이나 불안증상을 평가하고, 증상별로 치료(상담)하며, 돌봄상황에서 자신의 감정을 잘 조절하고 유지할 수 있는 대처기술을 함양될 수 있도록 지원한다.

4. 신체활동 지원

가족돌봄자 대처행동에 대한 지원이 가족돌봄자의 심리정서 지원에 해당한다면, 신체활동 지원 영역은 신체건강을 증진함으로써 돌봄 스트레스를 완화하는 내용이다. 실제로 가족돌봄자들을 힘들게 하는 문제 중 하나는 수면 문제이다. 가족돌봄자들이 주로 집에만 있기 때문에, 부족해지는 운동량을 채울 전략이 필요하다. 가족돌봄자뿐만 아니라 노인의 수면 문제 또한 종종 돌봄상황을 어렵게 한다. 이러한 문제를 해결하기 위해, 가족돌봄자가 돌보는 노인의 수면 패턴을 이해하고, 수면 관련 문제행동을 예방하는 전략부터, 가족돌봄자 자신의 수면 문제를 해결할 수 있는 대처방식을 알려주는 것까지 다양하게 신체활동 지원을 위한 프로그램을 운영할 수 있다. 이와 더불어 이 주제에서는 가족돌봄자나 노인이 영양불균형에 빠지지 않도록 식단의 다양성을 확보하는 방법과 적절한 영양소 섭취법을 다룰 수도 있다. 실제로 가족돌봄자의 정신건강 문제를 다루는 많은 프로그램은 가족돌봄자의 우울감 평가나 스트레스를 완화하는 심리정서 지원과 함께, 신체활동 지원이 그들의 스트레스 감소에 효과적이었음을 밝히고 있다. 이에 많은 가족돌봄자 프로그램들이 신체활동과 관련된 요가나 필라테스 교실, 가벼운 공놀이 교실(예: 게이트볼) 등을 운영하고 있다.

5. 고립과 편견 해소

가족돌봄자들이 돌봄상황에서 호소하는 또 다른 어려움은 바로 노인과의 관계 변화를 인정하는 부분이다. 건강하던 부모 혹은 배우자가 갑자기 의존적인 환자가 되고, 이러한 의존성이 회복되지 못한다는 사실은 가족돌봄자에게 큰 상실감으로 이어진다. 또한, 세대 간 권력관계, 지원교환 관계가 뒤바뀌는 역할 변화를 겪을 때 가족돌봄자들은 당황하게 된다. 특히 모든 것을 가족돌봄자 혼자 해내야 하는 상황을 몇 번 겪게 되면 가족돌봄자는 불안감과 함께 무거운 책임감을 느끼게 되고, 노부모와의 관계 변화를 어디에도 호소하지 못하게 되면서, 고립감을 느끼기 쉽다. 따라서 병증을 제대로 이해하고, 노화과정에 관한 편견을 해소함으로써 변화된 역할을 받아들이며, 가족돌봄자들이 느끼는 당혹감과 고립감을 해소하는 방안이 필요하다.

6. 치매/만성질환 증상 관리

치매/만성질환 증상 관리 영역에서는 노인이 보이는 다양한 증상에 대한 대처법을 다룬다. 노인이 경험하는 기억상실, 증상, 병증의 진행 방향 그리고 일상생활에서 직면하게 되는 노인의 문제행동에 대처하는 전략을 다룬다. 이 영역에서는 노인의 병증을 이해하는 것이 필수적이기 때문에 대부분의 경우 간호학/보건학/의학적 지식을 가진 전문가 집단의 도움을 받는다. 이 영역에서는 현재 나타나는 증상뿐 아니라 앞으로 어떤 증상과 병증으로 전개되는지 이해하고 돌봄계획을 수립하는 부분까지 포괄한다.

7. 심리정서 사정/평가

가족돌봄자의 현재 심리정서상태를 진단하는 서비스 영역이다. 이 영역은 가족돌봄자의 심리정서상태뿐 아니라 이들의 인지기능이나 치매 진단도 포함한다. 가족돌봄자 중 노(老)-노(老) 돌봄을 수행하는 경우 즉, 초고령 노인을 돌보는 노인 자녀, 혹은 노인 배우자를 돌보는 노인이 있을 수 있기 때문에, 가족돌봄자의 우울이나 불안 외에도 이들이 겪는 인지기능 장애 및 스트레스 수준을 점검하는 것이 필요하다.

8. 통증관리

통증은 돌봄을 받는 노인이 겪을 수 있는 문제이기도 하고, 노인을 돌보는 가족돌봄자가 흔하게 겪는 문제이기도 하다. 실제로 돌봄노동 수행으로 인하여 가족돌봄자들이 근골격계 질환 및 관절염을 앓는 경우가 많다. 이 영역에서는 일상생활 속에서 가족돌봄자가 손쉽게 처치할 수 있는 통증 관리법을 다룬다. 이러한 간단한 기술과 처치는 실제 노인돌봄상황을 보다 수월하게 해주고, 가족돌봄자의 자기돌봄과 회복 면에서도 상당한 도움을 주는 것으로 알려져 있다.

9. 일상생활 지원

일상생활 지원 서비스는 노인을 돌보는 가족돌봄자가 일상생활을 보다 수월하게 해내기 위한 전략을 수립하고, 가능한 지원을 이끌어내는 방법을 다룬다. 일상생활을 지원하는 서비스는 다양할 수 있는데, 가족돌봄자를 지원하는 가사서비스나 이동서비스(예: 병원방문 시 택시나 대리기사 이용), 일상적인 돌봄지원(예: 요양보호사), 의료지원(예: 왕진 의사, 왕진간호) 그리고 간단한 심부름 서비스 등이 있다. 이 영역에서는 가족돌봄자에게 이러한 다양한 지원 서비스에 대한 정보를 제공하고, 어떻게 활용할 수 있는지 관련된 시스템에 대한 정보를 알려주거나 서비스를 연계해 주기도 한다. 또한 가족돌봄자가 자신의 가족, 친인척, 혹은 친구의 도움을 받을 수 있는 방안을 모색하고, 이들의 도움을 이끌어내어 역할 분담이 가능하게 하는 전략이나 의사소통기술을 다루기도 한다.

10. 사고 및 긴급상황 대처방법

돌봄을 수행하는 과정에서 자살시도, 노인학대 등 긴급하고 위험한 상황들이 발생할 수 있다. 따라서 돌봄을 받는 노인을 잘 관찰하고, 이들이 위험한 상황에 노출되는 것을 예방하는 방안이 필요하다. 이 영역에서는 자살시도나 기타 병증의 급격한 악화가 진행되어 응급상황이 초래되었을 때의 대처방법을 다루게 된다. 한편, 노인을 돌보는 가족돌봄자도 잠재적인 학대자가 될 수 있기 때문에 가족돌봄자가 노인을 학대하지 않도록 예방하는 교

육도 이 영역에서 다를 수 있다.

11. 미래돌봄계획

미래돌봄계획은 앞으로 닥칠 수 있는 다양한 돌봄상황을 설정하고, 개별 상황마다 어떠한 대처가 좋을지 예측하여 전략을 세우는 것을 말한다. 이 영역에는 연명치료에 대한 법률적인 상담, 상속이나 유산 문제에 대한 상담도 포함될 수 있다. 최근 미래돌봄계획과 관련된 연구에 따르면, 이러한 계획은 예방적 성격이 강하다. 즉, 기능제한을 겪었을 때 어떤 돌봄을 누구로부터 받고 싶은지, 가용한 자원이 무엇이고, 어떤 선호를 가지고 있는지 등을 미리 알아보고, 계획을 수립하는 것이다. 이는 당사자인 노인의 관점에서 돌봄에 대한 선호를 알아보고, 생애 후반기에 대해 예측해 본다는 점에서 당사자주의, 선호이론 등의 이론적 토대를 가지고 있다. 한편, 미래돌봄계획 영역에서는 노인뿐 아니라 가족돌봄자도 중요한 서비스 대상자가 된다. 왜냐하면, 가족돌봄자 입장에서 현재 돌봄은 만족스러운지, 무엇을 바꾸고 싶고, 돌봄의 지속가능성을 높이기 위해 어떤 조치가 필요한지 고민하는 것은 이들의 일-삶의 균형을 실현하는 데 있어 매우 중요하기 때문이다. 따라서 미래돌봄계획을 세워보고, 관련된 활동에 참여하고, 교육을 받는 것은 자신이 가진 선호와 한계를 분명하게 설정하여 다양한 돌봄상황에 대한 시뮬레이션을 해 볼 수 있는 기회를 제공한다.

12. 돌봄상황/기관 변화 적응

노인을 돌보는 가족돌봄자들이 내리기 어려워하는 결정 중 하나가 노인을 어디에서 돌볼 것인가이다. 대부분 노인 단독가구(예: 노인 1인 가구, 노인 부부가구)로 살아가다가 기능제한이나 수술/입원하는 상황이 발생하면 집과 의료시설, 요양기관을 오가는 생활을 하게 된다. 일부 노인들은 요양기관에서 지내다가 집으로 돌아오기도 하고, 집에서의 돌봄이 어려워지면 다시 시설 또는 의료기관으로 이동하게 되면서 노인이 거주지 이동이 빈번해지는 상황에 봉착하게 된다. 이렇게 거주지 이동이 이루어질 때 언제, 어디로 옮겨야 하는지 의사결정을 하고, 실질적인 준비를 하는 것이 모두 가족돌봄자의 몫이 된다. 따라서 돌

봄상황과 기관 변화에 대한 적응의 영역에서는 요양기관/시설에서 집으로 이동 시 유의사항, 집에서 요양기관/시설로 이동 시 유의사항, 의료기관 퇴원 후 관리와 재활 그리고 생애 마지막에는 어디서 어떤 돌봄을 받도록 할 것인지, 사후 계획은 어떻게 추진할지에 대한 방법과 전략을 다루게 된다.

13. 의료시스템 활용/접근 방법

의료시스템 활용 및 접근 방법 영역은 노인이 복합적인 증상을 겪을 때, 어떤 병의원에 어떻게 접근해야 하는지, 증상 완화를 위해 어떤 의료적 조치가 필요한지와 같이 의료적 처치와 관련된 주제를 다룬다. 특히 최근에는 연명치료와 관련해서 노인에게 연명을 위한 의료적 처치를 언제까지 지속할지에 대한 노인 당사자와 가족의 의사결정이 필요하다. 이에 돌봄상황에 있는 가족들은 이 문제에 대한 고민이 깊어질 수밖에 없다. 노인이 기능제한을 심각하게 겪기 전에 스스로 연명치료 관련 의사를 피력하지 않는 경우, 가족들 간의 의사결정에 조율이 필요하고, 이에 대한 전문가적 의견도 요구된다.

14. 환자-의료기관 관계 조율

노인이 겪고 있는 만성질환은 질환 자체가 오랜 기간 지속된다는 점과 함께 여러 가지 증상이 복합적으로 나타난다는 특징이 있다. 예를 들어, 치매노인의 경우 인지장애뿐 아니라, 고혈압과 당뇨증상도 함께 겪고 있을 가능성이 있다. 이 경우 치매노인이 복용하는 약에 대한 관리와 식단관리가 동시에 필요한 상황이 된다. 또한, 여러 증상을 관리하기 위해 질환별로 의료기관을 따로 방문해야 할 필요도 있다. 즉, 가족돌봄자의 역할 중 의료기관 예약, 방문, 투약계획 등을 알고 조율하는 역할이 부각된다. 따라서 이 영역에서는 가족돌봄자들이 보다 수월하게 다양한 의료기관을 방문하고, 증상을 이해하며, 투약법을 익힐 수 있도록 교육하고 관련 정보를 제공하는 부분을 다룬다.

15. 재가돌봄기관/가족돌봄 협력과 조율

일반적으로 재가요양서비스를 받게 되면, 요양보호사를 통해 전문적인 도움(예: 목욕, 간호, 가사)을 받을 수 있어 가족돌봄자의 돌봄부담이 경감된다. 다만, 이러한 서비스는 하루 3시간 이내만 허용되기 때문에 아주 제한적인 상황이며, 서비스가 없는 그 나머지 시간에는 가족이 주로 노인을 돌보게 된다. 이 주제에서 강조하는 중요한 전제는, 가족의 돌봄역량이 높아지고 재가방문서비스와 협업이 가능할 때 노인돌봄의 질이 전반적으로 높아질 수 있다는 점이다. 즉, 가족돌봄자가 요양보호사와 어떻게 조율하고, 상호 모니터링을 할 수 있는지에 대한 전략과 방법이 중요한 역할을 한다. 이에 따라, 이 영역에서는 가족이 지역사회에 존재하는 다양한 도움들, 즉 요양보호사, 자원봉사자와 연결될 수 있는 정보제공을 비롯하여, 이렇게 다양한 돌봄 주체들과 어떻게 소통하고 협력하는지에 대한 방법과 전략을 모색한다.

16. 치매/만성질환 진단

노인의 질환 및 증상에 대한 정확한 진단 및 평가는 돌봄상황의 가장 기본 요소로 작용한다. 질환의 의학적 판단 및 진단은 의료기관에서만 가능한 일이므로, 노인가족원의 특정 증상을 호소하는 가족들에게 정보제공 및 의료기관 연계를 통하여 적절한 진단 및 의료적 처치가 이루어지도록 도울 수 있다. 또한, 만성질환의 경우 치료보다는 일상에서의 관리가 더욱 중요한 측면이므로, 진단 이후 관리 절차에 대한 정보제공 또한 실시할 수 있다.

17. 요양서비스 모니터링

가족돌봄자 입장에서는 공식적인 돌봄서비스(재가돌봄서비스 및 시설돌봄)를 활용하고자 할 때, 돌봄서비스 질과 관련하여, ‘과연 현재의 재가돌봄서비스가 최선인가?’, ‘더 나은 서비스는 없는가?’ 등과 같은 의문을 갖게 된다. 특히, 노인이 재가돌봄서비스나 시설돌봄에 대한 선호가 낮은 경우, 이러한 문제를 함께 논의하고, 최적의 돌봄상황을 만들어 내기 위하여 외부 전문가의 의견과 도움이 필요할 수 있다. 이와 더불어 재가돌봄서비스 및 시설

돌봄이 어떤 측면이 유리하고, 어떤 측면은 불리한지, 부족한 부분이 있다면 이를 보완하기 위해 가족돌봄은 어떤 점들을 살펴야 하는지 그 사각지대를 명확히 이해하는 측면도 필요하다. 따라서 재가돌봄서비스 및 시설돌봄 상황을 정기적으로 모니터링하면서 노인이 처한 상황과 욕구를 관찰하는 기술이 필요하며, 이 영역에서는 이러한 모니터링, 전문가 의견 청취, 돌봄상황 전환 결정을 돕는 지원을 하게 된다.

18. 재정관리

노인을 돌보는 가족들이 가장 힘들어하는 부분 중 하나가 바로 재정 부분이다. 아동돌봄과 노인돌봄의 주돌봄자들을 대상으로 한 연구에서도 아동돌봄에 비하여 노인돌봄 시 가족들이 재정적인 부담을 더 많이 느끼는 것으로 나타난다. 아동돌봄은 보통 돌봄비용을 교육 혹은 자녀를 위한 투자의 개념으로 받아들이며, 실질적인 돌봄비용은 최대 10년 정도라고 생각하는 경향이 있다. 그에 비해 노인돌봄은 월 단위 돌봄비용 자체는 자녀돌봄보다 지출액이 적지만, 기간이 10년 이상 길어질 수 있다는 점, 또한 한 가구가 돌보는 노인이 여러 명이 될 수 있다는 점에서 비용을 부담스럽게 인식하는 경향이 있다. 특히 아동돌봄기에는 돌봄자의 개인소득이 늘어나는 구간에 속할 가능성이 높지만, 노인돌봄기에는 개인소득이 감소하는 구간, 즉 은퇴와 퇴직이 빈번하게 발생하는 시기라는 점에서 돌봄으로 인한 재정 문제를 더 심각하게 지각할 여지가 있다. 한편, 노인장기요양보험이나 건강보험제도로 인해 본인부담금은 상당히 감소했지만, 현재 빈곤가구 비율이 높은 노인가구에서 생계비 이외의 비용을 감당하는 것은 힘겨운 일이 된다. 이에 노인가구의 재정 상태를 점검하고, 재무적 상담, 정보제공이 필요하다. 따라서 한 달 평균 의료비(투약 포함)의 규모, 돌봄상황 발생 시 어떤 재원을 활용할 수 있는지에 대한 정보제공, 또한 재정지원을 하는 기관을 소개하거나 연계하는 것까지 이 영역에 포함될 수 있다.

19. 죽음과 사별 준비 및 지원

노인돌봄의 가장 마지막은 결국 죽음을 맞이하는 것이다. 가족돌봄자가 직면하는 어려움 중 하나가 바로 그동안 돌보던 노인의 사망으로 인한 관계단절, 역할상실 그리고 무력감이

다. 특히 노인이 생애 마지막을 어떻게 맞이하는가에 따라 노인을 돌보던 가족이 겪는 스트레스와 트라우마, 그리고 노인 사망 후의 회복 상황이 달라진다. 이는 호스피스 관리, 사별 후 가족돌봄자의 회복을 위한 애도 관련 서비스가 필요한 이유가 된다. 또한, 노인의 사망으로 돌봄의 종결이 바로 이루어지지 않는다는 점에서 고인의 유품을 정리하고, 사망 이후에 상속 문제를 해결하면서 느끼는 심리정서적 어려움을 잘 다룰 수 있도록 관리하고 지원하는 것이 필요하며, 이는 바로 죽음과 사별 준비 및 지원의 영역에서 다루는 내용이다.

※ 가족돌봄자를 지원하는 서비스 제공방식과 서비스 영역의 활용방법

조합형: 19개 주제 중 5개 영역을 조합하여 서비스 구성

예시) 심리정서사정(진단/평가/상담)-자기돌봄(집단상담)-응급상황대처(집합교육)-여가지원(집단활동)-증상관리(소규모 집합교육)

주제형: 1개의 주제를 다양한 서비스 기법으로 풀어낸 서비스 구성

예시) 마음챙김(mindfulness)을 주제로 삼아 심리정서사정(진단/평가)-마음챙김과 자기돌봄(집단활동)-자기돌봄관련교육(소규모 교육)-대처행동지원(개인상담)-대처행동지원(훈련/코칭)-마음챙김(훈련/코칭)

맞춤형: 19개 주제를 개별 클라이언트 상황에 따라 상담/훈련/정보제공/연계 방법으로 모두 제공하는 서비스 구성(클라이언트 상황에 대한 진단, 클라이언트 돌봄상황의 변화를 파악하고 그때 그때 서비스 주제와 방법을 다르게 제공)

이상의 서비스 영역을 살펴보면, 가족돌봄자가 수행하는 역할이 다면적이며, 이러한 역할수행을 위한 복합적인 역량이 필요하다는 것을 알 수 있다. 노인을 잘 돌보기 위해서는 질병, 증상의 경과 과정에 대한 지식뿐만 아니라 노인의 통증이나 병증을 완화할 수 있는 간호학적 지식도 일정 부분 갖출 필요가 있다. 또한 노인과 관계를 증진하고 관계성을 좋게 유지하는 기술도 필요하다. 그런가 하면, 가족돌봄자는 복지행정기관, 의료체계, 요양기관과 같은 조직을 상대하는 역할도 해야 하기 때문에 의사결정을 내리고, 모니터링하는 역량도 필요하다. 여기에 더하여 자신의 스트레스를 관리하고 정서를 조절할 줄 알고, 돌봄이 끝난 후에 자신의 일상으로 회복할 수 있는 자기돌봄 역량도 필요하다.

제4절 운영원칙

노인을 돌보는 가족을 지원하는 사업이 가족센터에 성공적으로 정착하기 위해서는 다음과 같은 운영원칙이 준수되어야 한다.

가족센터 내에 노인을 돌보는 가족에 대한 서비스 지원체계를 구축하고, 이 사업을 총괄할 전담 인력과 부서를 설치하여 전문성을 확보하고, 사업을 구조화할 필요가 있다.

1. 이 사업을 운영하는 가족센터의 운영자는 중노년기 가족에 대한 이해가 필요하다. 노인 복지론, 노년학, 고령사회론, 실버복지 등의 교과목을 수강한 이력이 있는 종사자, 그리고 중노년기 가족을 대상으로 한 사업에 참여했거나 학회/협회에서 상담 및 치료 워크숍을 이수한 종사자가 담당할 필요가 있다. 또한, 추가적인 워크숍이나 교육과 같이 이 사업을 운영할 종사자 교육이 별도로 필요하다.
2. 이 가이드에서 제시하고 있는 노인을 돌보는 가족을 지원하는 19개의 서비스 영역 및 주제에 대한 충분한 이해가 있어야 한다. 따라서 종사자들은 19개 서비스 영역과 주제가 어떠한 중요성과 시사점을 가지는지 이해하고, 이를 성공적으로 운영하기 위한 보수 교육과 훈련을 받을 필요가 있다.
3. 센터 내에서 이 사업을 운영하는 기획자 외에도 실무에서 상담/심리지원, 훈련과 코칭, 교육과 정보제공을 담당하는 실무자(예: 강사, 상담가)를 위한 전문교육이 필요하다. 유관학회나 강사 및 상담자 협회와 연계하여, 현장에서 클라이언트(가족돌봄자)와 직접 대면하는 전문가를 위한 교육이 필요하다.
4. 이 사업은 가족센터가 지역사회 내에 다른 유관기관과 협력함으로써 가족센터 고유의 서비스 개발의 효과를 발휘할 수 있다. 즉, 지역사회 내에 있는 치매안심센터, 종합사회복지관, 보건소와 연계할 수 있도록 종사자의 기관 연계에 대한 역량을 강화하는 것이 필요하다.

제3장

노인을 돌보는 가족을 지원하는 해외사례

제1절 가족돌봄자 심리지원 및 자기돌봄 서비스 운영 예시

제2절 노인을 돌보는 가족의 역량강화를 위한 집단 프로그램 운영 예시

제3장

노인을 돌보는 가족을 지원하는 해외사례

제1절 가족돌봄자 심리지원 및 자기돌봄 서비스 운영 예시

1. PTC (Powerful Tools for Caregivers) 프로그램의 소개

1) PTC 프로그램의 개요 및 이론적 토대

Powerful Tools for Caregivers (PTC) 프로그램은 노인을 돌보는 가족돌봄자를 교육하는 서비스 프로그램으로 개발되었다. 이 서비스는 자기효능감 모델을 기반으로 가족돌봄자의 역량을 강화하여 돌봄의 부정적 경험을 완화하고 자기돌봄을 실천할 수 있도록 돕는다. 특히 이 서비스는 훈련자를 훈련하는 기법(train the trainer)을 적용하고 있는데, 지역상담자나 자원봉사자들이 이 프로그램을 훈련한 후 노인을 돌보는 가족을 교육/훈련하는 방식으로 운영된다. 즉, 전문가 훈련과 함께 가족돌봄자를 지원하는 복합 프로그램으로, 지역사회 내에 흩어져 있는 다양한 가족돌봄자들에게 쉽게 확산될 수 있도록 설계되었다. 이 프로그램은 사전/사후평가 그리고 6개월 이후의 추적평가를 통해 그 효과성이 입증된 바 있다(Boise et al, 2005; Kuhn et al., 2003).

PTC 프로그램은 반두라의 학습이론(Bandura, 1977)에 이론적 토대를 두고 있다. 반두라의 학습이론에서는 자기효능감 개념을 중요하게 인식하는데, 가족돌봄자의 맥락에서 지각된 자기효능감은 돌봄상황에서 요구되는 다양한 역할, 동기, 행위를 수행할 능력에 대한 자기 믿음을 형성한다. 따라서 자기효능감 기반의 교육 프로그램은 돌봄과 관련된 기술(skill)뿐만 아니라 언제, 어떤 기술과 전략을 활용할지 의사결정을 내리는 역량까지 포괄한다.

이 서비스는 가족돌봄자가 체계화된 교육과정을 이수하여, 가족돌봄자로서의 자기효능감을 증진할 수 있도록 교육하고 훈련한다. 여기에는 중요한 전제가 있으며, 구체적인 내용

은 아래와 같다.

- 돌봄을 경험하고 있는 개개인이 서비스 프로그램 내에서 좋은 교육자가 될 수 있다.
- 집단활동을 통해 교육이 이루어지기 때문에 집단 내 상호작용이 중요하다.
- 잘 짜인 프로그램 내에서는 교육 경험이 없더라도 참여자들의 경험이 좋은 부교육자 역할을 할 수 있다.
- 브레인스토밍, 역할놀이(role-playing), 집단토론 등의 교육기법을 활용함으로써 서로의 경험에서 배울 기회를 마련한다.

PTC 프로그램은 6개 세션으로 구성되고, 각 세션은 2시간 반 정도 운영된다. 이 6개 세션에서 중요하게 다루는 내용은 가족돌봄자의 자기효능감 증진으로, 자기효능감 증진은 다음의 4가지 요소로 구성된다.

- 돌봄기술 함양: 가족돌봄자가 각자 이루고자 하는 목표(action plan)를 세우고 실천하도록 돕는다. 이를 위해, 교육이 이루어지는 6주 동안 매주 1-2개씩의 목표를 설정하는데, 구체적으로 “할 일 목록”을 만들어서, 언제, 어떻게, 어느 정도의 수준으로 이 할 일들을 완수할 것인지 설정하고 이를 실천하도록 돕는다.
- 모델링: 자신이 처해 있는 문제를 개방하고, 이를 해결하기 위한 타인의 방법과 전략을 익히고 모델링의 기회를 갖는다.
- 돌봄에 대한 태도와 감정을 되새기기: 현재 돌봄 상황에 대한 재인식을 돕는 과정이다. 노인이 앓고 있는 질환에 대한 이해, 의미부여, 그리고 그것이 자신에게 어떤 의미로 다가오는지 알아본다.
- 설득: 건강 관련 교육 프로그램에서 가장 중요한 요소 중 하나가 바로 설득, 즉, 인식을 통한 행동적 실천이다. 행동 변화를 이끌어내고 종국적으로는 건강행동을 유발 및 유지하도록 가족돌봄자 스스로를, 그리고 환자인 노인을 설득하는 것 모두를 포함한다.

2) 가족돌봄자를 위한 PTC 리더 양성과정

PTC 서비스는 Legacy Caregiver Service라는 단체에서 전문가 교육을 담당하고 있다. 가족(상담)전문가, 센터종사자, 그리고 자원봉사자 그룹이 PTC 리더 교육을 받음으로써 가족돌봄자를 도울 수 있는 기반을 다진다. PTC 전문가 양성을 위해서 지역전문가, 의료기관/종교기관 종사자들이 보통 4일간 이루어지는 교육과정을 이수하게 된다. 이 교육 프로그램은 전문가들이 가족돌봄자로서 프로그램에 참석하는 경우가 많다. 즉, 전문가 집단 자체가 노인을 돌보는 경험이 있는 경우 더 효과적이다. 이렇게 2번 이상 가족돌봄자의 지위로 교육 프로그램에 참여하여 현장경험을 쌓은 후에는 하루짜리 추가적인 교육경험을 통해 “전문교육가(master trainer)”가 될 수 있고, PTC를 실제로 운영할 수 있는 리더의 지위를 얻게 된다.

2. 서비스 영역 및 제공방식

PTC 서비스에서 다루는 노인돌봄의 서비스 영역과 제공방식은 다음과 같다(표 2).

표 2 | Powerful Tools for Caregiver(PTC)의 서비스 영역과 제공방식

서비스 영역	서비스 제공방식			
	서비스 제공	교육/훈련/코칭	정보 제공	연계
노인-가족돌봄자간 의사소통 전략 및 지원	√	√	√	
노인-가족돌봄자간 긍정적인 활동/여가 지원		√	√	
가족돌봄자 대처행동 지원		√	√	
신체활동 지원		√	√	
고립과 편견 해소		√	√	
치매/만성질환 증상 관리	√	√	√	
일상생활 지원	√	√	√	
사고 및 긴급상황 대처방법	√	√	√	
돌봄상황/기관 변화 적응	√	√	√	
환자-의료기관 관계 조율			√	
죽음과 사별 준비 및 지원	√	√	√	

PTC가 다루고 있는 서비스 내용은 앞서 언급한 19개 서비스 영역 중에서 총 11개 영역을 다루고 있다. 다만, PTC 서비스는 자기돌봄을 주제로 삼고 있기 때문에, 이 11개 서비스 영역 모두 가족돌봄자의 자기돌봄을 초점으로 하고 있다는 특징이 있다. 따라서 가족돌봄자의 의사소통지원, 노인과 함께 할 수 있는 여가활동 제안, 가족돌봄자의 대처능력 향상, 신체활동 활성화, 돌봄상황에 대한 고립과 편견 해소, 죽음과 사별준비 및 애도상담과 같이 가족돌봄자의 심리정서적 적응을 돕고, 이들이 돌봄 이후에도 일상에 무난하게 복귀하고 치유할 수 있는 능력을 함양하도록 한다. 돌봄 상황에서 직면하게 되는 다양한 일상적 어려움을 지원하는 영역도 이 서비스에서 다루고 있으나, 간단하게 언급하는 데 그친다. 가령, 치매나 만성질환에 대한 증상 이해, 일상생활 지원, 긴급상황(예: 응급, 학대)에 대한 대처방법, 거주지 및 돌봄상황 전이 시기의 적응과 전략, 의료체계 조율을 위한 기술 등이 훈련과정에 약간 포함되는 수준이다.

3. PTC 서비스 운영안

PTC 서비스는 집단코칭/훈련 프로그램으로서 5-6명의 참여자가 한주에 1.5-2.5시간 정도 진행되며 총 6주간 진행한다. 구체적인 PTC 서비스 프로그램 운영안은 다음과 같다.

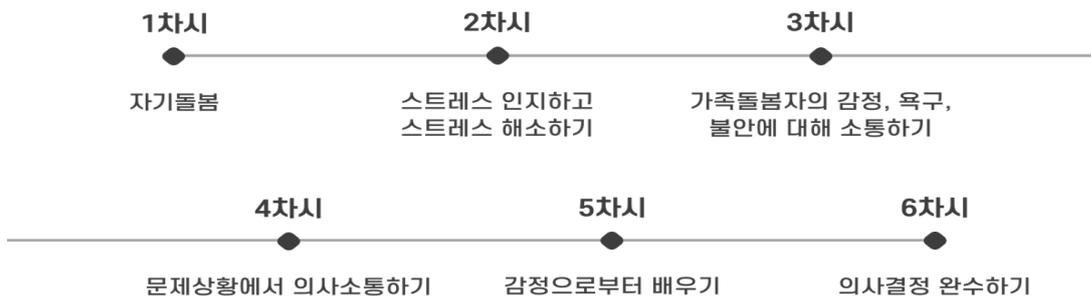


그림 6 | 가족돌봄자 심리지원 및 자기돌봄 서비스(PTC)

Powerful Tools for Caregiver (PTC) 운영안

1차시: 자기돌봄

가족돌봄자들이 자기돌봄이 왜 중요한지 인식한다.

자기돌봄을 실천하기 위한 6주간 실천계획안(action plan)을 구성한다.

2차시: 스트레스 인지하고 스트레스 해소하기

스트레스를 해소하는 원리와 다양한 방법들을 습득한다. 스트레스 해소법과 전략에 대해 이야기를 나누다. 스트레스 완화 방법에 대해 실천해본다.

3차시: 가족돌봄자의 감정, 욕구, 불안에 대해 소통하기

가족돌봄자는 I-message 사용법을 통해, 자신의 감정, 욕구(선호), 불안을 이야기할 수 있는 대화법을 익힌다. 역할놀이를 통해 I-message, You-message의 효과를 인식하고, 자신의 생각을 구체적이고 명확하게 가족과 노인에게 소통하는 방법을 배운다. 스트레스 완화 세션을 한 번 더 훈련한다.

4차시: 문제상황에서의 의사소통기술

가족돌봄자들은 의사소통기술 -개방형 대화(assertiveness), Aikido communication, DESC- 등을 익혀서 다른 가족돌봄자와 공유하는 부분을 인지, 가족돌봄자가 수행하는 역할의 한계를 명확히 인식하고, 이를 노인 환자나, 다른 가족원과 소통할 수 있도록 한다. 근육이완법을 익힌다.

5차시: 감정으로부터 배우기

가족돌봄자가 다루기 어려운 다양한 감정과 정서(예. 분노, 죄책감, 우울)를 인식하고 정의한다. 전문가 상담을 통해 해결한다.

6차시: 의사결정 완수하기

의사결정모델, 가족회의, 긍정적도구모델 등을 활용하여 가족돌봄자가 현재 당면한 문제상황에서 어떤 결정을 내릴 수 있는지 훈련한다. 마지막 차시에서 가족돌봄자는 그들이 성취한 것을 확인하고(action plan의 달성상황), 장기돌봄계획을 수립한다.

4. PTC 프로그램의 효과성에 관한 실증연구 결과

PTC 프로그램은 지금까지 많은 실증연구를 통해 그 효과성이 입증되었다. PTC 프로그램의 효과성은 사전-사후검사를 통해 검증되었다. PTC 서비스는 자기효능감과 자기돌봄 능력을 향상시키는데 초점이 있기 때문에 자기돌봄, 정서적 웰빙, 자기효능감, 정보습득 및 외부도움 활용의 영역에서 긍정적인 영향이 있었는지를 탐색하였다.

- 1) **자기돌봄 실천:** Zarit's Health Behavior Scale, Health Self-care Neglect Scale(HSCN)
- 2) **정서적 웰빙:** Positive Feelings about Caregiving Scale(PFCS), Anger Scale (Pearlin & Mullen, 1988), Caregiver Guilt Scale(Kingsman, 1992), CES-D10 Depression Scale, Positive Feelings of Caregiver Scale
- 3) **자기효능감:** Caregiving Self-Efficacy Scale(CgSES; Lorig et al, 1996)
- 4) **정보습득 및 외부도움 활용:** 제시된 13개 외부도움 항목에 대해 알고 있고 활용하고 있는지 묻는 내용으로 구성(가사 및 가정관리 도움, 자기돌봄, 노인복지관, 음식배달, 요양기관, 재가돌봄/요양, 주간요양센터, 이동도움, 질병관련 정보 지원기관(의료기관, 보건소), 자조집단, 사례관리, 재정관리, 상담)

관련 연구를 통해 PTC 프로그램은 자기효능감, 심리정서적인 안정(불안/분노 감소, 우울감소), 외부서비스 활용 수준 향상에서 특별히 돋보이는 효과를 나타내었다(Boise et al., 2005; Kuhn et al., 2003). 특히, 서비스가 실시된 지 6개월 이후 측정된 단기종단 검사에서도 이러한 효과성이 지속된 것으로 나타났었다(Boise et al., 2005). 다만, 모든 실증연구에서 가족돌봄자들의 신체건강활동은 프로그램 직후 유의미한 향상이 관찰되었으나, 6개월 이후에는 신체건강활동 향상이 유지되지 못하였다. 즉, PTC 프로그램에서 초점을 둔 자기돌봄 분야 중 스트레스 완화, 지속적인 신체활동, 건강관리 부분은 시간이 흐름에 따라 교육 효과가 반감되는 양상이 있었다. 이는 6주간의 PTC 프로그램이 신체활동의 활성화를 이끌어내는 데는 한계가 있음을 시사한다.

또한, PTC 프로그램은 다양한 가족돌봄자 중에서도 자녀에게 조금 더 효과적인 것으로

드러났다. 자녀의 경우 특히 자기효능감, 돌봄에 대한 긍정적 인식, 자기돌봄(예: 자기 시간 갖기), 우울감 감소, 활력 면에서 유의미한 향상이 있는 것으로 나타났다(Kuhn et al., 2003). 또한, PTC 프로그램 이후에 가족돌봄자들의 건강위해행위(health risk behavior)나 우울, 스트레스 수준은 감소하는 반면, 가족돌봄자를 지원하는 다른 개입프로그램에 대한 참여는 활발해지는 변화가 있었다(Savundranayagam & Brintnall-Peterson, 2010).

최근 연구에 따르면, PTC 프로그램을 받은 가족돌봄자들이 외부로부터의 도움(예: 공적 돌봄서비스나 다른 가족의 지원)에 대해 긍정적으로 인식하는 경향이 있음을 발견하였다. 다만, 이때 외부도움에 대해 가족돌봄자가 자녀인 경우 긍정적인 효과가 더 강력하게 드러났고, 가족돌봄자가 배우자인 경우 외부도움이 그들의 돌봄경험을 긍정적으로 인식하는데 별다른 효과를 나타내지 않았다. 즉, 가족돌봄자와 노인의 가족관계에 따라 PTC 프로그램의 효과성이 상이하였다(Savundranayagam, 2014).

5. PTC 프로그램의 적용 및 시사점

1) PTC 프로그램의 자기돌봄형 서비스 응용을 위한 팁

PTC 프로그램은 자기돌봄 영역을 다루면서도 쉼과 휴식, 마음챙김 영역에만 치우치지 않고, 의사소통기술(예: I-message 대화법 등) 또한 강조한다. 특히 한국의 가족관계 맥락과 가족돌봄자의 독박돌봄 상황을 고려한다면, 이러한 의사소통기술과 대화법 습득은 가족돌봄자들의 가족 내 원활한 소통에 도움이 될 수 있다. 또한, PTC 프로그램의 근육이완법, 신체활동 활성화와 같은 스트레스 관리기법은 조금 더 강조될 여지가 있다. 따라서 현재 PTC는 6차시 프로그램 운영되나, 신체활동이나 대화법 세션을 조금 더 늘려서 8-10차시로 운영할 여지가 있다.

2) PTC 프로그램 운영을 위한 종사자 요건

미국에서 PTC 프로그램을 실시하는 리더의 많은 비율을 사회복지사가 차지하였고, 그다음은 간호사, 상담심리전문가(가족상담 및 가족치료), 보건의료진 순이었다. 이를 통해 볼

때, 현재 한국 상황에서도 다음과 같은 자격요건에 대해 역량보수교육을 받은 종사자는 PTC 프로그램과 같은 가족돌봄자의 자기돌봄서비스를 제공하거나 운영할 수 있다.

- 가족상담사/가족치료사 전문자격증(2급 이상)/건강가정사 소지자이면서 중노년기 가족 관련 워크숍이나 보수교육을 받은 경우 우대
- 사회복지사 2급 소지자(사회복지사 3급 이상이면서 현장경험 3년 이상)이면서 중노년기 가족 관련 워크숍이나 보수교육을 받은 경우 우대
- 의사/간호사 자격소지자이면서 중노년기 가족 관련 워크숍이나 보수교육을 받은 경우 우대

3) 낮은 참석률을 고려한 대면/비대면 서비스의 운영

가족돌봄자의 참석률은 예상외로 저조한 편이었다. 여러 선행연구에서도 6개 세션의 탈락자 비중이 28% 정도였고, 실제 6개 세션을 모두 수행한 가족돌봄자 수도 매우 적었다고 보고한다. 따라서 결시율을 조정하는 것이 필요하며, 참석률을 높이기 위한 전략이 요구된다. 코로나19 직전에 비대면으로 가족돌봄자들에게 PTC 서비스를 실시하고 그 효과성을 검증한 실증연구(Serwe et al., 2017)는 가족돌봄자들이 PTC 세션에 탈락률이 높은 원인으로 독박돌봄, 여유시간이 없음, 돌보는 노인의 병증이 심각해짐 등을 꼽고 있다. 또한, 재가돌봄서비스를 받지 않고 있거나, 재가돌봄서비스 비용이 부담스러운 경우, 이동할 방법이 마땅치 않은 경우에도 서비스 프로그램 탈락률이 높았다. 이는 가족돌봄자 중에서 가장 취약한 사람들이 막상 서비스 대상이 되지 못하거나, 참석하더라도 중도탈락하기 쉬운 것으로 볼 수 있다. 따라서 비대면으로 진행되는 프로그램이 이들을 사회적으로 통합하고, 지원하는 데 효과적일 수 있다. Serwe 외(2017)의 연구에 따르면 PTC 서비스 과정을 비대면으로 진행하였을 때 참석률이 안정적이고, 대면과 비교해서 큰 효과 차이가 없는 것으로 나타났다.

제2절 노인을 돌보는 가족의 역량강화를 위한 집단 프로그램 운영 예시

1. SCP (Savvy Caregiver Program) 프로그램의 소개: 치매노인 문제행동 코칭

1) SCP 프로그램의 개요 및 이론적 토대

Savvy Caregiver Program(SCP)은 치매노인을 돌보는 가족돌봄자들을 대상으로 하는 증거기반 프로그램으로 미국 미네소타 대학의 Dr. Kenneth Hepburn에 의하여 개발되었다. 1993년 가족돌봄자의 스트레스 경감을 위한 집단 프로그램 Minnesota Family Workshop (MFW; PI: Ostwald)에서 시작하여, 1997년 Partners in Caregiving Program을 거쳐, Alzheimer's Association의 지원을 받은 6주 프로그램으로 확정되었다. 2002년부터는 미국 연방정부의 보건복지부 지역생활정책실(Administration on Community Living)의 지원을 받아 미국 전역에서 실시되고 있다.

SCP 프로그램은 스트레스 이론(Lazarus & Folkman, 1984; Pearlin et al., 1990)과 부양자 정체성 이론(Montgomery & Kosloski, 2013)을 근거로 개발되었다. 즉, SCP 프로그램에서는 스트레스 이론이 지적하는 바와 같이, 가족돌봄자가 경험하는 스트레스는 시간의 흐름에 따라 변화하는 돌봄상황을 어떻게 바라보고, 대처하는지에 따라 달라질 수 있음을 강조한다. 또한, 부양자 정체성 이론에 따라 가족돌봄자가 되는 것은 새로운 배움과 훈련이 요구되는 역할전이임을 강조하며, 가족돌봄자로서 구체적인 업무를 정의할 필요를 지적한다.

SCP 프로그램은 치매노인 돌봄에 초점을 둔 프로그램으로써, 치매라는 질환의 증상과 변화양상에 대한 구체적인 정보를 제공한다. 또한 새롭게 직면하는 일상의 문제들에 어떻게 대응할 것인지 코칭의 방식을 통하여 소규모 집단 내에서 적극적으로 연습해볼 수 있도록 지원하여, 가족돌봄자로서 자기효능감을 높이는 것에 초점을 둔다. 구체적인 프로그램의 목표는 다음의 8가지를 포함한다(Hepburn et al., 2003).

- 치매에 대한 이해: 치매가 개인에게 어떤 영향을 미치고, 어떠한 변화를 가져오는지

이해한다. 즉, 일상에서 발생하는 문제는 그 사람의 의도가 아니라, 치매라는 질병 때문임을 분명히 한다.

- 인식의 변화: 치매가 진단되면서 발생하는 인지능력 감퇴와 혼동(confusion)에 가족 돌봄자가 어떻게 적응할 수 있을지 전략적으로 생각한다.
- 정서적 인내: 치매노인이 겪는 인지적 혼동이 문제행동(예: 동일한 질문 반복)과 연결됨을 이해하고, 치매노인에게 참을성을 가지고 안정적으로 반응하는 것이 중요함을 인식한다.
- 의사결정 개입: 치매는 개인의 자기결정권 및 통제력을 손상시키므로, 가족돌봄자가 치매노인의 다양한 결정에 개입하여야 함을 이해한다.
- 현실적인 돌봄의 목표 수립: 가능한 현재 삶의 질을 긍정적으로 유지하는 것이 현실적인 돌봄의 목표임을 받아들인다. 치매의 치료는 실현 가능한 목표가 아님을 분명히 한다.
- 치매노인의 활동 능력에 대한 평가: 치매노인이 할 수 있는 활동은 무엇인지(종류, 복잡성, 기간)에 대하여 이해한다.
- 치매노인의 활동 기회: 치매노인이 즐겁게 참여할 수 있는 활동의 기회를 만들고, 이에 대하여 소통한다.
- 문제해결 접근: 문제행동이 발생할 때, 일단 정서적으로 거리를 두고, 문제행동의 이유에 대한 가설을 세운 후 그에 대한 해결책을 실천해본다. 그 후, 결과를 관찰하며, 필요시 그 과정을 반복함으로써 문제행동의 해결과정을 모색한다.

기본적으로 SCP 프로그램은 6주 동안 2시간씩 대면 소그룹(6-12명)으로 진행되지만, 3주 동안 압축적으로 진행되는 단축 프로그램(Savvy Caregiver Express)과 비대면/온라인 방식으로 7주간 진행되는 온라인 프로그램(Tele-Savvy Program)의 다른 포맷도 제공한다. 또한, 치매 말기에 새롭게 등장하는 미래돌봄계획 및 임종기 의사결정 등의 이슈와 치매가족원의 의존성 증가에 초점을 맞춘 4주 추가 프로그램(Savvy Caregiver Advanced)도 운영하고 있다(Samia et al., 2019). 4주 추가 프로그램의 경우, 기본 6주 SCP 프로그램을 이수한 가족돌봄자들이 참여할 수 있는데, 이는 치매 돌봄자들을 위한 프로그램의

경우 시간의 흐름에 따라 질병의 양상이 변화하는 치매의 특성을 반영해야 한다는 지적을 반영한 것이다.

2) 가족돌봄자를 위한 SCP 프로그램 리더 양성과정

원래 SCP 프로그램은 프로그램을 이끌 수 있는 리더를 양성하기 위한 훈련을 지역사회 내에서 대면(8시간)으로 실시한 후 자격인증을 해왔다. 2023년부터는 Emory 대학에서 개발한 온라인 프로그램을 통하여 SCP 리더 교육을 온라인으로 받을 수 있도록 하고 있다. 온라인 리더 훈련 프로그램을 이수하고, Fidelity Exam에 통과한 경우, 3년 기한의 자격인증을 발급한다. 3년이 지나면, 추가 온라인 교육 이수 후 자격인증 기한을 연장할 수 있다.

6주의 기본 SCP 프로그램 외에 3주 단축 프로그램(Savvy Caregiver Express)과 4주 추가 프로그램(Savvy Caregiver Advanced)을 진행하기 위해서는 이를 위한 4시간의 온라인 리더훈련을 각각 추가로 받아야 한다.

2. 서비스 영역 및 제공방식

SCP에서 다루는 노인돌봄 서비스 영역과 제공방식은 다음과 같다(표 3).

표 3 | Savvy Caregiver Program(SCP)의 서비스 영역과 제공방식

서비스 영역	서비스 제공방식			
	서비스 제공	교육/훈련/코칭	정보 제공	연계
노인-가족돌봄자간 의사소통 전략 및 지원		√	√	
노인-가족돌봄자간 긍정적인 활동/여가 지원		√	√	
가족돌봄자 대처행동 지원		√	√	
고립과 편견 해소		√	√	
치매/만성질환 증상 관리		√	√	
일상생활 지원		√	√	
미래돌봄계획		√*	√*	
재정관리		√	√	
죽음과 사별 준비 및 지원		√*	√*	

SCP 프로그램은 앞서 언급한 19개 서비스 영역 중에서 총 9개 영역을 다루고 있다. 다만, 미래돌봄계획과 죽음과 사별준비 및 지원은 6주 기본 프로그램에서는 다루지 않고, 치매 말기 가족돌봄자를 위한 4주 추가 프로그램(Savvy Caregiver Advanced*)에서 다루고 있다. SCP는 치매노인을 돌보는 가족돌봄자의 훈련을 목적으로 하는 프로그램이기 때문에 직접적인 서비스를 제공하거나 지역사회와 다른 자원들을 연계하는 방식이 아니라, 해당 영역에 대한 정보제공과 훈련 및 코칭의 방식으로 각 서비스 영역을 다루고 있다.

프로그램 전달의 핵심요소는 다음과 같다.

- 2시간씩 6주 동안 진행 (총 12시간)
- 각 그룹은 6-12명으로 구성
- 자격인증을 받은 그룹 리더에 의하여 진행
- (라이센스가 부여된) 참여자들에게 매뉴얼과 유인물이 배부됨
- 각 세션의 내용은 리더 훈련 매뉴얼에 따라 진행
- 매뉴얼에서 인증된 슬라이드를 수정 및 삭제 없이 그대로 사용
- 각 세션은 코칭을 동반한 상호적 방식으로 진행

3. SCP 서비스 운영안

6주 기본 프로그램은 다음과 같이 진행된다.

Savvy Caregiver Program(SCP) 운영안

1차시: 치매에 대해 이해하기

- 8개 영역의 인지능력(기억, 언어, 추론능력, 추상적 사고, 주의집중, 판단, 인지능력, 조직능력)별 손상이 치매가족원의 생각과 행동에 미치는 영향에 대한 이해
- 일상에서 어떤 일이 일어날 수 있는지 예측 / 기대 조절 / 전략 개발

2차시: 돌봄자의 자기돌봄

- 돌봄자의 감정에 대해 이해하고, 돌봄자 자신을 위한 시간과 활동 계획하기
- 치매의 진전에 따른 치매가족원의 혼동(confusion)과 행동 변화에 대한 이해
- 일상에서 어떤 일이 일어날 수 있는지 예측 / 기대 조절 / 전략 개발

3차시: 만족스러운 돌봄 수준 찾기

- 치매의 단계에 따른 치매가족원과의 만족스러운 상호작용과 돌봄 수준 찾기(절대적인 기준이 아닌 상대적인 Fit의 개념 소개)
- 치매의 단계에 대한 이해(초기, 초/중기, 중기, 말기)
- 단계별 문제행동 증상과 그에 대한 대처 전략

4차시: 문제행동 관리

- 치매 단계별 일상활동 계획과 효과적인 지원/의사소통 방법의 이해
- 일반적 혹은 독특한 문제행동(예: 같은 질문의 반복, 따라다니기, 배회, 조절되지 않은 행동과 언어)을 관리하기 위한 전략 개발

5차시: 돌봄상황에서 의사결정

- 가능한 선택지(options), 바라는 결과(outcomes), 가치관(values), 가능성(likelihoods)에 근거한 의사결정 모델의 소개와 연습

6차시: 자원탐색

- 가족 내/외의 자원에 대한 탐색

프로그램의 내용을 살펴보면, 1-3주차에는 주로 정보제공과 본인의 돌봄상황에 대한 적용이 이루어지며, 4-6주차에는 참여자들의 구체적인 문제에 대한 집단 내 연습(20-30분)과 과제에 대한 코칭을 통하여 돌봄 상황에 대한 통제감을 획득할 수 있도록 한다.

4. SCP 서비스 효과성에 관한 실증연구 결과

SCP 프로그램은 많은 실증연구를 통하여 프로그램 효과성이 검증되었는데, 무작위대조군 비교(randomized controlled trial) 및 사전-사후 비교에서 모두 가족돌봄자의 일반적인 정신건강 지표(예: 우울증상)와 돌봄 관련 부담 및 스트레스가 유의하게 완화된 것으로 나타난다. 또한, 훈련 프로그램이 타겟으로 한 돌봄에 관련된 효능감, 기술, 자신감 등 또한 유의하게 향상된 것으로 나타난다. 이러한 효과성은 백인뿐 아니라 히스패닉, 흑인, 아시안 등의 다양한 인종집단에서도 유사하게 나타났다(Kally et al., 2014). 하지만, 상대적으로 치매 가족원의 웰빙이나 치매 가족원과의 관계와 관련된 지표에는 그 효과성이 나타나지 않았다.

농촌지역 가족돌봄자를 위하여 6주 프로그램을 1-3차시 프로그램으로 단축하여 실시한 결과, 프로그램의 긍정적 효과가 크게 달라지지 않았다고 보고하고 있다(Scharf

et al., 2006). 즉, 여러 회차의 프로그램 참여가 어려운 환경의 가족돌봄자의 경우에도 프로그램 횟수와 상관없이 프로그램을 긍정적으로 평가하고 있음을 의미한다. 또한, 프로그램에서 제공된 자료를 6개월 후에도 꾸준히 사용하고 있으며, 가족돌봄자 지지집단에도 잘 참여하는 것으로 나타났다.

5. SCP 프로그램 적용 및 시사점

1) SCP 프로그램의 기술훈련 집단교육 서비스 응용을 위한 팁

SCP 프로그램은 미국에서 효과성이 입증된, 가장 널리 운영되고 있는 치매 노인을 돌보는 가족돌봄자를 위한 프로그램이다. SCP 프로그램에서 얻을 수 있는 시사점은 단순히 질환에 대한 정보제공에만 의존하지 않고, 구체적인 문제해결 실습과 다양한 돌봄상황에 대한 코칭을 통하여 가족돌봄자가 필요로 하는 돌봄 기술 및 의사소통 기술을 훈련할 기회를 제공한다는 점이다. 치매를 포함하여 노년기 질환의 대부분은 호전 및 회복보다, 점진적으로 악화되는 경로를 보여준다. 이를 고려하여, 변화하는 돌봄상황에 따라 예상되는 문제에 대한 시나리오를 제공하여, 가족돌봄자에게 돌봄상황에 대한 객관적 인식을 고취시키고, 문제 상황에 대한 해결 능력을 향상시키는 것은 앞으로의 변화를 미리 대비할 수 있도록 한다.

2) SCP 단축 프로그램

6주로 구성된 기본 SCP 프로그램 외에 3주로 단축된 포맷의 프로그램 또한 제공하고 있으며, 이러한 단축된 프로그램도 기존의 프로그램과 효과성에서 크게 차이를 보이지 않았다. 이는 치매 돌봄에 대한 전문적인 교육 및 도움을 받지 못한 취약계층의 가족돌봄자들은 간략한 형태일지라도, 동일한 효과를 낼 수 있는 것으로 판단된다.

3) SPC 추가 프로그램

SCP 프로그램은 기본 프로그램 외에 치매 말기 가족돌봄자를 위한 4주 추가 프로그램

(Savvy Caregiver Advanced)를 운영하고 있다는 점이다. 즉, 질환의 단계에 맞추어 해당 단계에서 발생할 수 있는 문제들을 중심으로 단기 프로그램을 구성하는 것도 효과적일 수 있다.



제4장

기대효과

제4장 기대효과

가족센터에서 노인을 돌보는 가족돌봄자를 지원하는 사업을 수행함으로써, 가족센터 및 가족 관련 사업에서는 다음과 같은 효과를 기대할 수 있다.

- 기존에 가족센터가 추구해온 생애주기별 맞춤형 서비스 분야를 완성하는 데 있어, 노인을 돌보는 가족돌봄자를 지원하는 사업은 중노년기 가족을 돕는 핵심적인 지원사업이라는 점에서 가족센터의 역할과 기능 향상에 기여할 수 있다.
- 가족센터가 지역의 다른 기관들과 연계함으로써 가족센터가 지역사회 내에서 주도할 수 있는 혹은 기존 유관기관과 협력할 수 있는 다양한 지점을 만들어 낼 수 있다.
- 가족돌봄자를 위한 지원사업은 가족돌봄자(예: 배우자, 자녀, 형제자매, 손자녀)외에도 가족돌봄자를 지원하는 센터나 기관의 실무자, 상담 및 교육전문가를 배출하고, 교육하는 사업으로 확장 가능하다.
- 노인을 돌보는 가족돌봄자는 노인요양기관, 노인 관련 의료기관 관계자들에게도 중요한 클라이언트인 만큼 노인요양기관 관계자(예: 의사, 간호사 재가요양기관 기관장)나 실무 전문가(예: 영양보호사, 사회복지사)와 연계하는 방식으로 사업 확대가 가능하다.

■ 참고문헌

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Boise, L., Congleton, L., & Shannon, K. (2005). Empowering family caregivers: The powerful tools for caregiving program. *Educational Gerontology*, *31*(7), 573-586.
<https://doi.org/10.1080/03601270590962523>
- Hepburn, K. W., Lewis, M., Sherman, C. W., & Tornatore, J. (2003). The savvy caregiver program: Developing and testing a transportable dementia family caregiver training program. *The Gerontologist*, *43*(6), 908-915.
<https://doi.org/10.1093/geront/43.6.908>
- Kally, Z., Cote, S. D., Gonzalez, J., Villarruel, M., Cherry, D. L., Howland, S., Higgins, M., Connolly, L., & Hepburn, K. (2014). The Savvy Caregiver Program: Impact of an evidence-based intervention on the well-being of ethnically diverse caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, *57*(6-7), 681-693.
<https://doi.org/10.1080/01634372.2013.850584>
- Kingsman, J. S. (1992). Guilt in caregivers of persons with dementia after nursing home placement. Unpublished doctoral dissertation, Rush University, Chicago, IL.
- Kuhn, D., Fulton, B. R., & Edelman, P. (2003). Powerful tools for caregivers: Improving self-care and self-efficacy of family caregivers. *Alzheimer's Care Today*, *4*(3), 189-200.
- Montgomery, R. J. V., & Kosloski, K. D. (2013). Pathways to a caregiver identity and implications for support services. In R. C. Talley & R. J. V. Montgomery (Eds.), *Caregiving across the lifespan: Research, practice, policy* (pp. 131-156). Springer Science + Business Media.
https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5553-0_8
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., Gonzalez, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). *Outcome measures for health education and other health care interventions*. Sage Publications.

- Pearlin, L., & Mullan, J. (1988). Sources and mediators of Alzheimer Disease caregiver stress: Preliminary scales for time-one interview. Unpublished material.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Samia, L. W., O'Sullivan, A., Fallon, K. C., Aboueissa, A.-M., & Hepburn, K. W. (2019). Building on self-efficacy for experienced family caregivers: The Savvy Advanced Program. *The Gerontologist*, 59(5), 973-982. <https://doi.org/10.1093/geront/gny016>
- Savundranayagam, M. Y. (2014). Receiving while giving: The differential roles of receiving help and satisfaction with help on caregiver rewards among spouses and adult-children. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 41-48. <https://doi.org/10.1002/gps.3967>
- Savundranayagam, M. Y., & Brintnall-Peterson, M. (2010). Testing self-efficacy as a pathway that supports self-care among family caregivers in a psychoeducational intervention. *Journal of Family Social Work*, 13(2), 149-162. <https://doi.org/10.1080/10522150903487107>
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology*, 71, 635-659. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Scharf, L., Bell, P. A., & Smith, S. A. (2006). Number of training sessions does not change program effectiveness: Evaluation of formats of one, two, or three sessions for the Alzheimer's Savvy Caregiver Training Program. *Dementia*, 5(4) 559-569. <https://doi.org/10.1177/1471301206069937>
- Serwe, K. M., Hersch, G. I., & Pancheri, K. (2017). Feasibility of using telehealth to deliver the "Powerful Tools for Caregivers" program. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1), 15-22. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6214>
- Sörensens, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356>

Zarit, S. H., Johannson, L., & Jarrott, S. E. (1998). Interventions with family caregivers. In I. H. Nordhus, G. R. Vender Bos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychiatry* (pp. 345-360). American Psychological Association.

노인을 돌보는 가족돌봄자를 지원하는 서비스 사업 가이드

발행일 | 2023년 8월 29일

발행처 | 한국건강가정진흥원

발행인 | 전주원

주소 | 서울특별시 중구 퇴계로173 남산스퀘어빌딩 21, 24층

전화 | 02-3479-7600

팩스 | 02-3479-7790

홈페이지 | www.kihf.or.kr

기획·편집 | 소통협력실 가족정책연구센터

수행기관 | 한국건강가정진흥원

인쇄처 | 스마일기획

※ 한국건강가정진흥원의 승인 없이 내용의 일부 또는 전부를 인용·발행하거나
무단 복제하는 것을 금합니다.
